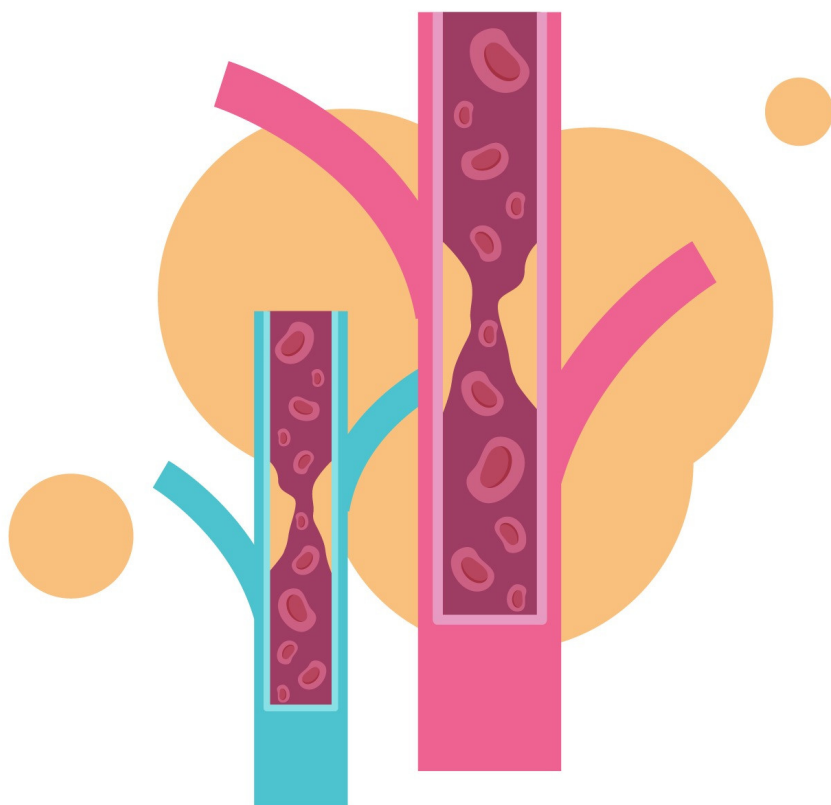


Hospitalarias, Extrahospitalarias y Domiciliarias

XXXIV LECCIONES EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS



Ciencia
Sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXXIV Lecciones en Urgencias y Emergencias.



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XXXIV Lecciones en Urgencias y Emergencias.

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 978-84-19560-22-3 y 1ª edición 978-84-18472-62-6

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO DESIRE MARÍA VELARDE HERRERA	3
2	ESÓFAGO DE BARRETT: UNA LESIÓN PREMALIGNA DE DIAGNÓSTICO CONTROVERTIDO LAURA LORENTE GEA, MARIA ANGELES PANIZA MENDOZA Y ANA ISABEL GIL LIÑAN	15
3	MANEJO DE HIPERPOTASEMIA AMPARO SÁNCHEZ ROMERO Y JUAN PABLO GÁMEZ ESPAÑA	19
4	AMENORREA PRIMARIA Y SECUNDARIA. DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA, RAQUEL EIRAS LEAL Y ALBA PENELA CARRASCO	25
5	COMPLICACIONES VASCULARES EN EL TRASPLANTE RENAL Y ANÁLISIS ULTRASONOGRÁFICO EDUARDO JOSUÉ BANEGAS DERAS Y LUIS MARÍA BRAVO GONZÁLEZ-BLAS	31
6	SÍNDROME DE OVARIO POLIQUISTICO ALBA PENELA CARRASCO, ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA Y RAQUEL EIRAS LEAL	35
7	LAS CANALOPATÍAS Y SUS CIRCUNSTANCIAS JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE, ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ, ZOSER SAURA CARRETERO Y ANTONIO DÍAZ GUIRAO	41

8	INSUFICIENCIA CARDÍACA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA ZOSER SAURA CARRETERO, JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ, ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE Y ANTONIO DÍAZ GUIRAO	45
9	DIAGNÓSTICO DE BLOQUEO AURÍCULO VENTRICULAR COMPLETO TRAS RESULTADOS DE HOLTER ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE, ZOSER SAURA CARRETERO, JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ Y ANTONIO DÍAZ GUIRAO	49
10	SUPERVIVENCIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, CUANDO EL TIEMPO IMPORTA BEATRIZ PEREZ MARTINEZ, ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE, ZOSER SAURA CARRETERO, ANTONIO DÍAZ GUIRAO Y JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE	53
11	ADENOCARCINOMA DE PULMON, EN RELACION A UN CASO CLINICO ARISTELA ARIAS ROSARIO Y VIELKA BÀEZ PIMENTEL	57
12	CASO CLÍNICO DE URGENCIA HABITUAL EN LA ÉPOCA DEL AÑO DE MAYO A OCTUBRE VIELKA BÀEZ PIMENTEL Y ARISTELA ARIAS ROSARIO	61
13	ENFERMERÍA DE UCI EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN EL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO, BEATRIZ PLAZA CAMPOS, LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE Y MERCEDES MARTÍNEZ VELA	65
14	ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN UNIDAD DE ICTUS TRAS ICTUS ISQUÉMICO AGUDO VIRGINIA ALBERO GARRIDO, OLAIA TORRES ERICE, MARÍA CORREAS MARÍN, MIREN ROS AÑON Y ALBA FERNÁNDEZ CÍA	69
15	MANEJO DEL PACIENTE CON EPISTAXIS ANTERIOR BELÉN PALACIOS ORTEGA	75

16 EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL PACIENTE ADULTO	
IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN, MARCO ALDONZA TORRES, VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ, VIRGINIA ALBERO GARRIDO Y OLAIA TORRES ERICE	79
17 ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE PACIENTE CON DIARREA AGUDA	
SERGIO ESTEBAN ESTEBAN, SANDRA FERRERO SERRANO, LYDIA RUBIO LÓPEZ, ALEJANDRO BORGE MARTINEZ Y ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ	85
18 ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS PRE- Y POSTOPERATORIOS EN LA CIRUGÍA DE CATARATAS	
SERGIO ESTEBAN ESTEBAN, SANDRA FERRERO SERRANO, LYDIA RUBIO LÓPEZ, ALEJANDRO BORGE MARTINEZ Y ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ	91
19 ENFERMERÍA Y LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD	
SERGIO ESTEBAN ESTEBAN, SANDRA FERRERO SERRANO, LYDIA RUBIO LÓPEZ, ALEJANDRO BORGE MARTINEZ Y ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ	97
20 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LESIÓN PENEANA	
LORENA ÁLVAREZ ESCOBAR	103
21 TRASTORNO DE ANSIEDAD	
GEMA GARCIA RUBIO	107
22 ENFERMERÍA EN PATOLOGÍAS DERIVADAS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	
PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS, EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN, ALVARO NOGUERO CRUZ Y GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS	111
23 LA RESISTENCIA INMUNOLÓGICA Y SUS REACCIONES POR ENFERMERÍA	
EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS, MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN, ALVARO NOGUERO CRUZ Y GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS	117

24 EXPOSICIÓN DE CONOCIMIENTOS EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	
MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN, PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS, EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, ALVARO NOGUERO CRUZ Y GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS	123
25 CUIDADOS POST-PARADA CARDIORRESPIRATORIA: DESDE EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO A CUIDADOS INTENSIVOS	
MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ, MARÍA MARÍN SABARIEGO Y JOAQUÍN PANCORBO MENA	131
26 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CATÉTERES DE LINEA MEDIA	
ANA FERNÁNDEZ PÉREZ Y SANDRA GARCIA SÁNCHEZ	135
27 MANEJO DE LA GASTROENTERITIS AGUDA. ¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS? RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES Y FAMILIAS	
VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ, MARCO ALDONZA TORRES, IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN, ANA IZCO SALINAS Y TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA	139
28 PACIENTE POLITRAUMATIZADO: VALORACIÓN INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
ANDREA VIEJO GONZÁLEZ, BEATRIZ GARCIA MENENDEZ, CRISTINA FERREIRO PELÁEZ, PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA Y VANESA ALONSO GONZÁLEZ	147
29 EVALUACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE PACIENTES QUEMADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
ANDREA VIEJO GONZÁLEZ, BEATRIZ GARCIA MENENDEZ, CRISTINA FERREIRO PELÁEZ, PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA Y VANESA ALONSO GONZÁLEZ	151
30 URGENCIAS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR	
MARÍA MARÍN SABARIEGO, JOAQUÍN PANCORBO MENA Y MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ	155

- 31 ENFERMERIA Y LA VENTILACION MECANICA DE LOS PACIENTES
EN LA UNIDAD DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
ELENA MELERO MORENO, MARTA MONESCILLO CABALLERO,
ADELA RUIZ MUÑOZ, RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE
PASCUAL Y BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ 159
- 32 EL PACIENTE CON QUEMADURAS DE TERCER GRADO Y LOS
CUIDADOS DE ENFERMERIA**
ELENA MELERO MORENO, MARTA MONESCILLO CABALLERO,
ADELA RUIZ MUÑOZ, RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE
PASCUAL Y BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ 167
- 33 ENFERMERIA Y LOS PACIENTES CON SISTEMA DE OXIGENACIÓN
POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA**
ELENA MELERO MORENO, MARTA MONESCILLO CABALLERO,
ADELA RUIZ MUÑOZ, RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE
PASCUAL Y BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ 175
- 34 ENFERMERIA Y LA REHABILITACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE
NEUROLÓGICO**
MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES, ALMUDENA AROCA LOPEZ,
SERGIO SANTOS TIRADO, ANTONIA DIAZ MUÑOZ Y SARA DÍAZ
ÍNIGO 183
- 35 ENFERMERIA Y EL TRATAMIENTO Y SUS CUIDADOS DE LA
CIFOESCOLIOSIS**
MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES, ALMUDENA AROCA LOPEZ,
SERGIO SANTOS TIRADO, ANTONIA DIAZ MUÑOZ Y SARA DÍAZ
ÍNIGO 189
- 36 ENFERMERIA EN EL TRIAJE EN URGENCIAS DE LOS HOSPITALES**
MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES, ALMUDENA AROCA LOPEZ,
SERGIO SANTOS TIRADO, ANTONIA DIAZ MUÑOZ Y SARA DÍAZ
ÍNIGO 193
- 37 ENFERMERÍA Y LAS INTERVENCIONES EN UNA CARDIOVERSIÓN
ELÉCTRICA DE URGENCIA**
NATALIA GALLEGU VILLAFAINA, MARTA GARZÁS PARAMIO Y
ANA TALAVERA SALVADOR 197

38	MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL A TRAVÉS DEL SONDAJE VESICAL EN CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL. FUNCIÓN DE ENFERMERÍA NATALIA GALLEGO VILLAFAINA, MARTA GARZÁS PARAMIO Y ANA TALAVERA SALVADOR	201
39	ENFERMERÍA: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN EL ADULTO NATALIA GALLEGO VILLAFAINA, MARTA GARZÁS PARAMIO Y ANA TALAVERA SALVADOR	207
40	PRINCIPALES TÉCNICAS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA MARIA DEL ESPINO VERGARA SANCHEZ	213
41	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS ACCESOS VENOSOS Y ARTERIALES MARIA DEL ESPINO VERGARA SANCHEZ	219
42	TRATAMIENTO ANTE UNA HIPERTENSIÓN ARTERIAL BEATRIZ GARCIA MENENDEZ, CRISTINA FERREIRO PELÁEZ, PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA, VANESA ALONSO GONZÁLEZ Y ANDREA VIEJO GONZÁLEZ	225
43	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN NIÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ANA IZCO SALINAS, TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA, ALBA FERNÁNDEZ CÍA, MIREN ROS AÑON Y MARÍA CORREAS MARÍN	229
44	LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UVI MÓVIL THALÍA TORRUBIA FRÍAS	241
45	USO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN SITUACIONES DE URGENCIA VITAL BELÉN PALOMO RODRÍGUEZ	245

46 ENFERMERÍA Y MIOCARDIOPATÍA DILATADA FAMILIAR MARIA TERESA LEDESMA HERANCE, MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA, SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL, SILVIA PARADA QUIÑONES Y LAURA LOPEZ MUÑOZ	251
47 ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON ANEMIA DE BLACKFAN DIAMOND MARIA TERESA LEDESMA HERANCE, MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA, SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL, SILVIA PARADA QUIÑONES Y LAURA LOPEZ MUÑOZ	255
48 ENFERMERÍA ANTE FÍSTULA VÉSICUTERINA OBJETIVADA EN PACIENTE DURANTE PUERPERIO MARIA TERESA LEDESMA HERANCE, MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA, SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL, SILVIA PARADA QUIÑONES Y LAURA LOPEZ MUÑOZ	259
49 CUIDADOS DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN, MARIA PORTELA COLAO, BEATRIZ OEO DELGADO, VANESSA VILLARTA HIGUERA Y MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO	265
50 MANIOBRA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN, MARIA PORTELA COLAO, BEATRIZ OEO DELGADO, VANESSA VILLARTA HIGUERA Y MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO	269
51 ENFERMERÍA EN LA EDUCACION SEXUAL EN ADOLESCENTES BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN, MARIA PORTELA COLAO, BEATRIZ OEO DELGADO, VANESSA VILLARTA HIGUERA Y MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO	275
52 COMPLICACIONES DEL PARTO EXTRAHOSPITALARIO DIEGO VICENTE CUETO, MARÍA TORIJA GARCÍA, NAZARET SOTO LABRA, ESTHER ROMANO LOBETO Y EVA VIZCAINO IGLESIAS	279

53	FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO. LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO PRECOZ. EVA LAOSA RUANO, ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ, TERESA MOLINA CAMBRA, CORAL LÓPEZ ALFARO Y BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ	285
54	PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL, UNA EMERGENCIA OBSTÉTRICA EVA LAOSA RUANO, TERESA MOLINA CAMBRA, CORAL LÓPEZ ALFARO, BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ Y ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ	291
55	CARACTERÍSTICAS DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA MUJER EMBARAZADA EVA LAOSA RUANO, BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ, ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ, CORAL LÓPEZ ALFARO Y TERESA MOLINA CAMBRA	297
56	PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE SOPORTE VITAL AVANZADO VANESSA NAVARRO AGUILAR, MARTA TOMÁS MUÑOZ, ÁNGEL ORTIZ FERNÁNDEZ Y RAQUEL GENOVÉS PICÓ	303
57	EVALUACIÓN DE LA HIGIENE Y LAVADO DE MANOS DESDE EL PRISMA DE LA ENFERMERÍA HOSPITALARIA LUCIA MENAS CRESPO	307
58	REDUCCIÓN EN EL TIEMPO DE ESPERA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL HOSPITAL CARLOS HAYA CON EL SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER JOAQUÍN PANCORBO MENA, MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ Y MARÍA MARÍN SABARIEGO	313
59	HIGIENE EN EL PACIENTE CRÍTICO, ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ, CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO, PAULA JARA GARCÍA, MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEG0 Y MYRIAN CARCELEN RODENAS	319

60	NEUMONÍA ZERO, NIVEL FORMATIVO DEL FUTURO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO, MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEGO, MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ, MYRIAN CARCELEN RODENAS Y PAULA JARA GARCÍA	323
61	OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA, FORMACIÓN Y ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEGO, MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ, MYRIAN CARCELEN RODENAS, CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO Y PAULA JARA GARCÍA	327
62	LA ACTUACIÓN EN LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL ÁMBITO SANITARIO PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ Y CLARA EUGENIA GONZALEZ GARCIA	331
63	ADRENALINA INTRAMUSCULAR SIEMPRE EN ANAFILAXIA MARIA VICTORIA IBARRULA GLERA	335
64	ENFERMERIA: COMPORTAMIENTOS ALIMENTARIOS EN LA BULIMIA NERVIOSA MARIA CRISTINA PEREZ MAHIA	339
65	METRRORRAGIA POR HEMATOMA RETROPLACENTARIO EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO SILVIA COTARELO PRIETO	343
66	ATENCIÓN AL PACIENTE CON ICTUS VANESA GONZÁLEZ CARBAJAL	347
67	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS NURIA CEPEDAL FERRER	353
68	PLANTA ONCOLÓGICA Y EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO, ISABEL DÍAZ COTILLAS, JOSEFA PÉREZ ROS, AMALIA GARCIA LAJARA Y MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA	359

- 69 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL: EL TRASTORNO BIPOLAR I CON EPISODIO MANÍACO ACTUAL
JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO, ISABEL DÍAZ COTILLAS, JOSEFA PÉREZ ROS, AMALIA GARCIA LAJARA Y MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA 363
- 70 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADOS DE LOS OJOS DE LOS PACIENTES EN UCI
JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO, ISABEL DÍAZ COTILLAS, JOSEFA PÉREZ ROS, AMALIA GARCIA LAJARA Y MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA 367
- 71 EL TCAE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON SHOCK ANAFILÁCTICO
CANDIDA ROSA VÁZQUEZ VÁZQUEZ 371
- 72 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS
MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN, RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ, JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ, FRANCISCA GARCÍA LORENZO Y NURIA MARTÍNEZ RAMÓN 375
- 73 PLANTA DE GERIATRÍA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN, RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ, JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ, FRANCISCA GARCÍA LORENZO Y NURIA MARTÍNEZ RAMÓN 381
- 74 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL AISLAMIENTO INVERSO
MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN, RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ, JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ, FRANCISCA GARCÍA LORENZO Y NURIA MARTÍNEZ RAMÓN 385

- 75 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTE DIABÉTICO**
JOSEFA MILAN ANAYA, OLGA VIECO DE LAS HERAS, MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS, ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO Y CARMEN MARTIN ORTIZ 389
- 76 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTE CON DISFAGIA**
JOSEFA MILAN ANAYA, OLGA VIECO DE LAS HERAS, MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS, ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO Y CARMEN MARTIN ORTIZ 393
- 77 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA**
JOSEFA MILAN ANAYA, OLGA VIECO DE LAS HERAS, MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS, ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO Y CARMEN MARTIN ORTIZ 397
- 78 EDUCACIÓN SANITARIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA EL MANEJO DE INHALADORES EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA**
MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ, VERONICA NUÑEZ GIL, ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS, ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO Y RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ 401
- 79 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON TRACCIONES ESQUELÉTICAS**
MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ, VERONICA NUÑEZ GIL, ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS, ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO Y RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ 405
- 80 BIENESTAR Y SALUD MENTAL EN LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) COMO PROFESIONALES DE LA SANIDAD**
MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ, VERONICA NUÑEZ GIL, ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS, ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO Y RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ 409

81	LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS ROSA MARÍA DÍAZ FERNÁNDEZ, FRANCISCA BOTANA VÁZQUEZ, CRISTINA GARCÍA CANO, FELISA DIAZ FERNANDEZ Y MARÍA DOLORES SOLANILLA DIAZ	413
82	PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO SONIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ, MARÍA DOLORES CARRASCAL GARCÍA, SILVIA ALONSO ALBUERNE Y MARIA DOLORES LOPERA DOMÍNGUEZ	417
83	PACIENTE OPERADO DE FRACTURA DE CADERA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RAQUEL GARCIA SEMOLINO, JOSEFA BONILLA ROMERO, GEMA DONAIRE RODRIGUEZ, YOLANDA PAVÓN GOMEZ Y MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL	421
84	EL ASEO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RAQUEL GARCIA SEMOLINO, JOSEFA BONILLA ROMERO, GEMA DONAIRE RODRIGUEZ, YOLANDA PAVÓN GOMEZ Y MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL	425
85	EL TÉCNICO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL RASURADO DE PACIENTES EN QUIRÓFANO RAQUEL GARCIA SEMOLINO, JOSEFA BONILLA ROMERO, GEMA DONAIRE RODRIGUEZ, YOLANDA PAVÓN GOMEZ Y MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL	429
86	LA UTILIZACIÓN DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS EN EL ÁREA HOSPITALARIA ANA FERNÁNDEZ PELÁEZ	433
87	CUIDADOS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS BEATRIZ AZEVEDO CANADO	437

88 LA IMPORTANCIA DE CONOCER LAS FUNCIONES Y LA TÉCNICA ANTE UN PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA	441
NOELIA MARIA GUERRERO CASADO	
89 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTALMOLÓGICA	445
MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS, NOELIA GARCIA ARCONES, MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ, ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ Y LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ	
90 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL CAMBIO POSTURAL DE PACIENTES	449
CONSUELO PERONA MARTÍNEZ, BARBARA DE ARCE SANCHEZ-DEHESA, VIRGINIA POBLETE CANILLAS, NASIMA OURTANE LAASRI Y MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA	
91 EL TRATO DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA HACIA LOS PACIENTES TERMINALES	453
CONSUELO PERONA MARTÍNEZ, BARBARA DE ARCE SANCHEZ-DEHESA, VIRGINIA POBLETE CANILLAS, NASIMA OURTANE LAASRI Y MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA	
92 EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y SU FAMILIARIDAD ANTE LOS PACIENTES CON LUPUS	457
CONSUELO PERONA MARTÍNEZ, BARBARA DE ARCE SANCHEZ-DEHESA, VIRGINIA POBLETE CANILLAS, NASIMA OURTANE LAASRI Y MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA	
93 FRACTURA DE FÉMUR: CASO CLÍNICO	463
SANDRA RAMOS LORENZO, MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO, CLARA HERRERO FERNANDEZ Y MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL	
94 ENEMAS: CLASIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN	467
CLARA HERRERO FERNANDEZ, MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO, SANDRA RAMOS LORENZO Y MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL	

- 95 CUIDADOS AL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON DOLOR ABDOMINAL POR LA DIVERTICULITIS**
ANTONIA SERRANO SERRANO, MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA, YOLANDA RUIZ BUITRAGO Y MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA 471
- 96 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: INTOXICACIONES. PROTOCOLO ACTUACIÓN PACIENTE CON INTOXICACIÓN AGUDA**
MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS, NOELIA GARCIA ARCONES, MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ, ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ Y LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ 475
- 97 CONSEJOS DEL TCAE ANTE LA APARICION DE LA FIEBRE EN UN PACIENTE**
YOLANDA RUIZ BUITRAGO, ANTONIA SERRANO SERRANO, MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA Y MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA 479
- 98 EL TCAE Y PREPARACION DE PRIMEROS AUXILIOS PARA PADRES.**
MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA, ANTONIA SERRANO SERRANO, MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA Y YOLANDA RUIZ BUITRAGO 483
- 99 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: DROGODEPENDENCIA. INTOXICACIONES POR DROGAS DE DISEÑO**
MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS, NOELIA GARCIA ARCONES, MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ, ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ Y LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ 487
- 100 EL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO**
MARTA GIL CRUZ, PILAR IBÁÑEZ PASTOR, DAVID RAMOS GARCÍA, LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE Y MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ 493

101 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON PACIENTES PROCEDENTES DE CIRUGÍAS CARDÍACAS MARTA GIL CRUZ, MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ, LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE, PILAR IBÁÑEZ PASTOR Y DAVID RAMOS GARCÍA	497
102 ERGONOMÍA EN EL TRABAJO PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARTA GIL CRUZ, MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ, LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE, PILAR IBÁÑEZ PASTOR Y DAVID RAMOS GARCÍA	501
103 LA ANSIEDAD: ENFOQUE Y TRATAMIENTO. RECORDATORIO PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SILVIA COTARELO PRIETO	505
104 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRA ESTÉRIL DE ORINA POR Sonda JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO, SARA DOMÍNGUEZ MERINO, KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL, ALMUDENA DEL RÍO CORRAL Y MIHAI MANZAT	509
105 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS HEMOCULTIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO, SARA DOMÍNGUEZ MERINO, KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL, ALMUDENA DEL RÍO CORRAL Y MIHAI MANZAT	515
106 TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN URGENCIAS JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO, SARA DOMÍNGUEZ MERINO, KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL, ALMUDENA DEL RÍO CORRAL Y MIHAI MANZAT	521

107 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS DE SALUD	
FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO, PATRICIA MEDINA FLORES, MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA, SANDRA ZAPATA ANGORA Y PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO	525
108 TÉCNICO DE CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA TOMA DE TENSIÓN EN HOSPITALES	
FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO, PATRICIA MEDINA FLORES, MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA, SANDRA ZAPATA ANGORA Y PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO	529
109 TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: LA SEDACIÓN PALIATIVA COMO CAPÍTULO FINAL DE VIDA	
FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO, PATRICIA MEDINA FLORES, MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA, SANDRA ZAPATA ANGORA Y PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO	533
110 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES QUE TIENEN QUE SER INTERVENIDOS DE URGENCIAS	
NATALIA ERUSTES LÓPEZ, EVA MENCÍA MORENO, MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO, NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS Y CRISTINA FLORINA GRAMA	537
111 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILAIRES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO ESPECIAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	
NATALIA ERUSTES LÓPEZ, EVA MENCÍA MORENO, MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO, NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS Y CRISTINA FLORINA GRAMA	541
112 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON EPILEPSIA	
NATALIA ERUSTES LÓPEZ, EVA MENCÍA MORENO, MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO, NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS Y CRISTINA FLORINA GRAMA	545

113	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCIÓN PRIMARIA MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ, SANDRA ZARZALEJO LLORENTE, SANDRA BUENDIA GÓMEZ, TANYA ANGELOVA KARTSELSKA Y BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO	549
114	ALCOHOL Y MENORES DE EDAD PAULA SALILLAS	553
115	VALORACIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN CRISTINA CIDON GUTIERREZ Y CARMEN SUSANA GARCÍA LOREDO	557
116	ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS CRISTINA CIDON GUTIERREZ Y CARMEN SUSANA GARCÍA LOREDO	563
117	CONTENCIÓN MECÁNICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR, LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO, ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO, MARTA MARTÍNEZ MOLERO Y CARMEN MEGÍA PRIETO	567
118	EMPLEO DE AROMATERAPIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR, LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO, ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO, MARTA MARTÍNEZ MOLERO Y CARMEN MEGÍA PRIETO	571

- 119 PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA UN SONDAJE EVACUADOR
POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
(TCAE)**
CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR, LORENA FERNÁNDEZ
IZQUIERDO, ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO, MARTA
MARTÍNEZ MOLERO Y CARMEN MEGÍA PRIETO 575
- 120 DESGASTE PSICOLÓGICO EN LOS PROFESIONALES DEL
HOSPITAL.**
ADRIANA VIEIRA MARTINS, ANDREA FERNÁNDEZ TEJERO, MARÍA
BELÉN LÓPEZ BRAÑA, GLORIA GARCÍA SENCHERMAN Y ÁNGEL
MANUEL FRAGA FERNÁNDEZ 579
- 121 TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA
NUTRICION Y DIETAS DE LOS PACIENTES**
MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO, MARIA JUANA DELGADO
ORTIZ, JORGE MATIA BELTRÁN, CONSUELO CALVO CARPINTERO
Y ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO 585
- 122 LA IMPORTANCIA DEL APOYO EMOCIONAL A LOS PACIENTES
POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO, MARIA JUANA DELGADO
ORTIZ, JORGE MATIA BELTRÁN, CONSUELO CALVO CARPINTERO
Y ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO 591
- 123 TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA
TOMA DE TEMPERATURA A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**
MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO, MARIA JUANA DELGADO
ORTIZ, JORGE MATIA BELTRÁN, CONSUELO CALVO CARPINTERO
Y ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO 597
- 124 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
EXPONE UN DEBUT DIABÉTICO MEDIANTE UN CASO CLÍNICO.**
NURIA DE PAZ, ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ, CARMEN
GARCÍA MUÑOZ, MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ Y ILHAM SALMI
LHASNI 603

125 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA NURIA DE PAZ, ILHAM SALMI LHASNI, ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ, CARMEN GARCÍA MUÑOZ Y MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ	607
126 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE LA REALIZACIÓN DE UNA COLONOSCOPIA NURIA DE PAZ, ILHAM SALMI LHASNI, ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ, CARMEN GARCÍA MUÑOZ Y MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ	611
127 LA ACTUACION DEL AUXILIAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO, NEREA DE LA CERA AMENEDO, MERCEDES GONZÁLEZ MARTINEZ, Mª ADELA GARCIA MENENDEZ Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA	615
128 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PARITORIO SANDRA BUENDIA GÓMEZ, SANDRA ZARZALEJO LLORENTE, MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ, TANYA ANGELOVA KARTSELSKA Y BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO	619
129 LA FUNCIÓN DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES CON LA DIABÉTES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES OMAR GARCÍA FERNÁNDEZ	623
130 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CONSULTAS EXTERNAS BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO, SANDRA ZARZALEJO LLORENTE, SANDRA BUENDIA GÓMEZ, MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ Y TANYA ANGELOVA KARTSELSKA	627
131 LA CAMA HOSPITALARIA MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO, MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL, SANDRA RAMOS LORENZO Y CLARA HERRERO FERNANDEZ	631

132 LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS QUEMADURAS AROA MARÍA PEINADO ALARCÓN	635
133 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CELIA HUERTA MARTÍNEZ, ANA BELEN SUAREZ FERNANDEZ, INES GONZALEZ ALBURQUERQUE, LORENA ÁLVAREZ ORDIERES Y SONIA PULIDO HERENA	639
134 HERNIA INGUINAL (REPARACIÓN QUIRURGICA) MARIA PAZ ORTEGA	643
135 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS NATIVIDAD GEMA PÉREZ FDEZ DE QUERO	647
136 TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN UCI MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ, MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA, MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ, FRANCISCA LUZÓN SELVA Y MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ	653
137 EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ, MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA, MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ, FRANCISCA LUZÓN SELVA Y MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ	657
138 TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA COVID-19 MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ, MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA, MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ, FRANCISCA LUZÓN SELVA Y MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ	661

139 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA FISIOLÓGÍA DEL APARATO CARDIOVASCULAR MARIA BELEN CARRO RUBIERA	665
140 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO AINHOA LÓPEZ FERNÁNDEZ	669
141 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MARIA CRISTINA GOMEZ ALONSO	673
142 EMERGENCIAS SANITARIAS ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA	677
143 SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA EN LA FIBROMIALGÍA EXPUESTO POR EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ANGELICA CABALLERO GOMÈZ, MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ, LIA ZELFA ALTEZ OBISPO, MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ Y DORA ELCY NARANJO CHICA	681
144 MIGRAÑA Y ASOCIACIÓN CON TRASTORNO BIPOLAR EXPUESTO POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANGELICA CABALLERO GOMÈZ, MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ, MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y LIA ZELFA ALTEZ OBISPO	685
145 EL TRASTORNO DE ANSIEDAD EXPUESTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANGELICA CABALLERO GOMÈZ, MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ, MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ, LIA ZELFA ALTEZ OBISPO Y DORA ELCY NARANJO CHICA	689
146 ESTRÉS LABORAL EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL ANDREA SUÁREZ DOS SANTOS, LAURA LLERA DIAZ, JESUS SOBRINO COIRA Y LAURA ALONSO LÓPEZ	693

147 EL PERSONAL SANITARIO EN LAS FASES DEL DUELO EN PACIENTES PALIATIVOS	
ANA MARÍA CARBAJAL PRIETO, PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ, MARÍA HERES FERNÁNDEZ, JOSE IGNACIO GOMEZ ORDOÑEZ Y ALEJANDRA GARCIA JIMENEZ	697
148 CUIDADOS GENERALES AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO	
JESÚS JAVIER CASTRO MENÉNDEZ, ALEJANDRA GARCIA JIMENEZ, MARIA CRISTINA RODRÍGUEZ MORÁN, MARÍA HERES FERNÁNDEZ Y PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ	703
149 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS, REALIZADO POR TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA, JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO, NEREA DE LA CERA AMENEDO, MERCEDES GONZÁLEZ MARTINEZ Y M ^a ADELA GARCIA MENENDEZ	707
150 TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS	
ALBA HERVAS RUIZ, JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO, MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA, NURIA FERNÁNDEZ PRIETO Y ALICIA SANTOS	717
151 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	
ALBA HERVAS RUIZ, JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO, MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA, NURIA FERNÁNDEZ PRIETO Y ALICIA SANTOS	721
152 DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO SANO	
ALBA HERVAS RUIZ, JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO, MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA, NURIA FERNÁNDEZ PRIETO Y ALICIA SANTOS	725
153 EL TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO	
MARIA BUSTELO LOBO	731

154 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) : MIEDO A LO DESCONOCIDO ANA MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	735
155 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): ALTAS Y TRASLADOS EN HOSPITALIZACIÓN ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO, JUDIT LÓPEZ COLLADO, LORENA LÓPEZ ABRIL, MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA Y JUAN DIEGO MOYA CANO	741
156 EL AUXILIAR Y EL PACIENTE PEDIÁTRICO: FORMACIÓN Y CRECIMIENTO DE LOS HUESOS ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO, JUDIT LÓPEZ COLLADO, LORENA LÓPEZ ABRIL, MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA Y JUAN DIEGO MOYA CANO	747
157 EL AUXILAIR DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGÍA: EL APARATO CARDIOVASCULAR ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO, JUDIT LÓPEZ COLLADO, LORENA LÓPEZ ABRIL, MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA Y JUAN DIEGO MOYA CANO	751
158 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO ANA BELÉN DIAZ RUGARCÍA	755
159 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): LA CRIOTERAPIA Y LA TERMOTERAPIA YOLANDA CEREZO JIMENEZ	759
160 LA IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA RESPITATORIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON BRONQUIOLITIS ROSA GALLEGU ROMÁN, ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL, BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO, MARIA GEMA GALINDO TERCERO Y MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS	763
161 FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON ESPOLÓN CALCANEU ROSA GALLEGU ROMÁN, ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL, BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO, MARIA GEMA GALINDO TERCERO Y MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS	767

162 FISIOTERAPIA Y LA APLICACIÓN DE LA TERMOTERAPIA ROSA GALLEG0 ROMÁN, ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL, BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO, MARIA GEMA GALINDO TERCERO Y MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS	773
163 SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO Y FISIOTERAPIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA	777
164 CASO CLÍNICO. TENDINOPATIA DEL MANGUITO ROTADOR: TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO CELESTINO GARCIA CAPILLA, ANA GAMUNDI OTERO Y ESTELA LAREDO SAL	785
165 IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIOS EN LA FIBROMIALGIA MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA, JORGE ROLDÁN SEGURA, JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA Y ELENA SÁEZ GARCÍA	791
166 IMPORTANCIA DE EJERCICIOS EN EL SÍNDROME FEMOROPATELAR MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA, JORGE ROLDÁN SEGURA, JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA Y ELENA SÁEZ GARCÍA	795
167 FASCITIS PLANTAR. CASO CLINICO ÁLVARO MARTÍN CAMINO, ELENA MUÑOZ MENENDEZ, JAVIER DAMIÁN GALLEG0 RODRIGO, GEMA GARCÍA ASCOZ Y ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO	799
168 FRACTURA PERTROCANTÉREA EN PACIENTE GERIÁTRICO. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO, JAVIER DAMIÁN GALLEG0 RODRIGO, GEMA GARCÍA ASCOZ, ELENA MUÑOZ MENENDEZ Y ÁLVARO MARTÍN CAMINO	803
169 TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO CON ONDAS DE CHOQUE EN DIVERSAS PATOLOGÍAS MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA, JORGE ROLDÁN SEGURA, JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA Y ELENA SÁEZ GARCÍA	811

170	ABORDAJE FISIOTERAPEÚTICO EN PROTESIS DE RODILLA. CASO CLÍNICO	815
	ANA GAMUNDI OTERO Y CELESTINO GARCIA CAPILLA	
171	EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA Y ORTOPEDIA EN LA ESCOLIOSIS	819
	ELENA MUÑOZ MENENDEZ, ÁLVARO MARTÍN CAMINO, JAVIER DAMIÁN GALLEGRO RODRIGO, ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO Y GEMA GARCÍA ASCOZ	
172	FISIOTERAPIA EN ROTURA DE SUPRAESPINOSO	823
	ANTONIO DÍAZ GUIRAO, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ, JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE, ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE Y ZOSER SAURA CARRETERO	
173	ESTUDIO SANGUÍNEO DE URGENCIA	827
	LAURA RODRÍGUEZ JULIÁN	
174	EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO ANTE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES	831
	NOELIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ	
175	LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL SERVICIO TRANSFUSIONAL PARA LA EVALUACIÓN DE LAS REACCIONES HEMOLÍTICAS TRANSFUSIONALES	835
	SARA CARRERA QUIROGA	
176	LA IMPORTANCIA DEL TAC EN LOS PRIMEROS SINTOMAS DEL ICTUS	839
	ANA BELEN ORTEGA GARCIA, RAMIRO RUIZ GARCIA, MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA, MARIA DOLORES BELLON COBO Y MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME	
177	SECUENCIA PARA PONERSE Y QUITARSE UN EPI	843
	MARÍA TORRALBA CANO Y MARIA JOSE JUNQUERA GONZALEZ	
178	QUIÉN ES EL TÉCNICO DE LABORATORIO	847
	MARÍA TORRALBA CANO Y MARIA JOSE JUNQUERA GONZALEZ	

179 PRUEBAS RÁPIDAS DE ANTÍGENOS DE LEGIONELA Y NEUMOCO	
MARÍA TORRALBA CANO Y MARIA JOSE JUNQUERA GONZALEZ	851
180 PRUEBA DE MEZCLAS EN EL LABORATORIO DE RESPUESTA RAPIDA DEL HUCA	
MARÍA TORRALBA CANO Y MARIA JOSE JUNQUERA GONZALEZ	855
181 DETERMINACIÓN DE PORFIRIAS EN ORINA	
MARÍA TORRALBA CANO Y MARIA JOSE JUNQUERA GONZALEZ	859
182 ANÁLISIS DE ORINA DE URGENCIAS	
LAURA RODRÍGUEZ JULIÁN	863
183 TUMOR EVANESCENTE DE PULMON O "TUMOR FANTASMA"	
ANA BELEN ORTEGA GARCIA, RAMIRO RUIZ GARCIA, MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA, MARIA DOLORES BELLON COBO Y MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME	867
184 FRACTURAS DE TALLO VERDE EN NIÑOS	
ANA BELEN ORTEGA GARCIA, RAMIRO RUIZ GARCIA, MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA, MARIA DOLORES BELLON COBO Y MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME	873
185 FACTORES DE CRECIMIENTO GUIADOS POR ECO	
BEATRIZ SUÁREZ VELASCO	879
186 VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO (VSR) ¿CÓMO ACTUAR ANTE UN VSR? ¿ES CONTAGIOSO O PELIGROSO PARA NUESTRA POBLACIÓN MUNDIAL?	
VIRGINIA AÑOVER ORTIZ	883
187 LA RADIOEMBOLIZACIÓN	
LAURA SALGADO MÉNDEZ, KATRINA ESPINAR HERRANZ, SILVIA MARTIN HERRERO, MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ Y NOELIA CAMPO DE LAMO	887

- 188 TÉCNICO DE LABORATORIO Y SUS TÉCNICAS DE SIEMBRA PARA ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO**
GEMA MARIA PRADO MORA, GRACIA MELLADO MOLINA, ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ, MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ Y MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ 891
- 189 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DE LA VITAMINA D**
GEMA MARIA PRADO MORA, GRACIA MELLADO MOLINA, ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ, MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ Y MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ 895
- 190 TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ANÁLISIS EN LABORATORIO DE LA INFERTILIDAD MASCULINA**
GEMA MARIA PRADO MORA, GRACIA MELLADO MOLINA, ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ, MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ Y MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ 901
- 191 DESGASTE EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL**
MARIA DEL CARMEN MARIÑO BARROS, MIRIAM COTO BEGEGA, MARÍA DEL ROSARIO GONZALEZ CELORIO, VANESA GALAN CARRANDI Y LAURA CASTRILLO LHOSTE 905
- 192 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**
MARINA RODRÍGUEZ URÍA 913
- 193 BIOMARCADORES PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN/SEPSIS**
LIDIA ALAEZ ALVAREZ, MARTA MARÍA RECIO GARCÍA, SARA CARRERA QUIROGA, MARÍA TERESA GONZALEZ NUÑEZ Y FÁTIMA ARTIME GARCÍA 917
- 194 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) Y LAS IMÁGENES DE CALIDAD RADIOLÓGICAS**
MIGUEL VARELA SANCHEZ, ANA MARÍA CARBAJAL PRIETO, LAURA GONZÁLEZ ARBOLEYA Y ANDREA GONZÁLEZ DE LA RIVA 921
- 195 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL RADIODIAGNÓSTICO Y MEDINA NUCLEAR EN EL SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS**
NATALIA ERUSTES LÓPEZ 927

196	PRIMEROS AUXILIOS. IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN SU ENTORNO LABORAL RAÚL ANTOLÍN ORTEA	931
197	MODO DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE UN INCENDIO EN UN CENTRO HOSPITALARIO RAÚL ANTOLÍN ORTEA	935
198	LA DEONTOLOGÍA PROFESIONAL SANITARIA, EL SECRETO PROFESIONAL Y EL CÓDIGO ÉTICO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO OLGA AGUDO ZAMORANO, ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ, BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA, RAQUEL GARCÍA BAUTISTA Y MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA	941
199	LAS TÉCNICAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA OLGA AGUDO ZAMORANO, ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ, BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA, RAQUEL GARCÍA BAUTISTA Y MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA	945
200	QUEJAS Y SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES: FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SU RESOLUCIÓN OLGA AGUDO ZAMORANO, ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ, BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA, RAQUEL GARCÍA BAUTISTA Y MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA	949
201	EL RÉGIMEN DISCIPLINARIO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DESDE LA PERSPECTIVA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO VANESA CANO RODRÍGUEZ	953
202	FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO DIONISIO GALVEZ TORRES, RAQUEL HUECAS LOPEZ Y MÁXIMO MARTÍN GARCÍA	959

203EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS ROBERTO VILLORA GÓMEZ, CARMELO ESCUDERO DELGADO, MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ, DAVID MADRIGAL RICHART Y BERNARDO GARCÍA GÓMEZ	967
204EL ÁREA DE QUIRÓFANOS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR ENCARGADO DE ESA UNIDAD ROBERTO VILLORA GÓMEZ, CARMELO ESCUDERO DELGADO, MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ, DAVID MADRIGAL RICHART Y BERNARDO GARCÍA GÓMEZ	971
205EL CELADOR DE LOS CENTROS DE SALUD (ATENCION PRIMARIA) ROBERTO VILLORA GÓMEZ, CARMELO ESCUDERO DELGADO, MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ, DAVID MADRIGAL RICHART Y BERNARDO GARCÍA GÓMEZ	975
206PACIENTE EN CARDIOLOGÍA FUNCIONES DEL CELADOR DESDE EL INGRESO HASTA EL ALTA DELFÍN MACHUCA NEBREDÁ	979
207EL CELADOR EN AMBULANCIAS YOLANDA BRUCES SANCHEZ, VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA, ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ, NOELIA IGLESIAS SILVA Y DAVID CESPEDES MARTÍN	983
208LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO YOLANDA BRUCES SANCHEZ, VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA, ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ, NOELIA IGLESIAS SILVA Y DAVID CESPEDES MARTÍN	987
209EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA YOLANDA BRUCES SANCHEZ, VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA, ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ, NOELIA IGLESIAS SILVA Y DAVID CESPEDES MARTÍN	991

210 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO Y LAS BARRERAS DE COMUNICACIÓN	
FRANCISCA LÓPEZ LARA, ROSARIO TOLEDO CAMPOS, MACARENA GIL FERNANDEZ, MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA Y MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ	995
211 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE INFORMACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	
FRANCISCA LÓPEZ LARA, ROSARIO TOLEDO CAMPOS, MACARENA GIL FERNANDEZ, MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA Y MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ	999
212 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CUSTODIA Y LA CONSERVACION DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PACIENTE. PROCESOS Y ACCIONES	
FRANCISCA LÓPEZ LARA, ROSARIO TOLEDO CAMPOS, MACARENA GIL FERNANDEZ, MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA Y MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ	1003
213 TRABAJOS DE UN CELADOR EN EL QUIRÓFANO	
ROSA MARIA CASTELLANO CUPIDO	1007
214 EL ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y LOS COMETIDOS DEL CELADOR	
CRISTINA SÁNCHEZ CASTAÑO	1011
215 PRÁCTICA DE DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO PRONO EN PACIENTES DEFINIDO POR EL CELADOR	
MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN, MARIA GENOVEVA GALLEGO TREJOS, VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN, ROSA MARIA PLAZA GOMEZ Y ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES	1015
216 LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL SANITARIA Y SUS RESIDUOS REPRESENTACIÓN POR EL CELADOR	
MARIA GENOVEVA GALLEGO TREJOS, MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN, VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN, ROSA MARIA PLAZA GOMEZ Y ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES	1019

- 217 LOS DIVERSOS CAMBIOS EN HOSTILIDAD DEL PACIENTE CON ALTERACIONES MENTALES POR EL CELADOR**
VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN, MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN, MARIA GENOVEVA GALLEG0 TREJOS, ROSA MARIA PLAZA GOMEZ Y ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES 1023
- 218 BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS PEDIATRICOS**
LILIÁN MARTÍNEZ SUÁREZ 1027
- 219 CONOCIMIENTO DEL CELADOR DE LOS EJES Y PLANOS ANATÓMICOS**
ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA, JAVIER MELLADO MONTEJANO Y MANUELA CALERO PARRA 1033
- 220 ¿QUÉ FUNCIONES EJERCE EL CELADOR EN LA PSIQUIATRÍA HOSPITALARIA?**
MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON, ABEL SALAZAR CANTON, RAFAELA CANTON SALAZAR, YOLANDA CANTON SALAZAR Y JOSE LUIS PEREZ HERENCIA 1037
- 221 COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES DE URGENCIAS E IMPORTANCIA Y PAPEL DEL CELADOR**
MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON, ABEL SALAZAR CANTON, RAFAELA CANTON SALAZAR, YOLANDA CANTON SALAZAR Y JOSE LUIS PEREZ HERENCIA 1043
- 222 DAÑOS DERIVADOS DEL TRABAJO EN LA CENTRALITA DEL HOSPITAL**
SONIA ABAD CORTES 1047
- 223 ZONA LIMPIA: CLASIFICACIÓN, SECADO, PLANCHADO, REPASO (COSTURA), EMPAQUETADO Y DISTRIBUCIÓN EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA**
JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ, MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ Y JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS 1051
- 224 FIBRAS: ORIGEN ANIMAL Y ORIGEN VEGETAL A TENER EN CUENTA POR EL SERVICIO DE LAVANDERÍA**
MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ, JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ Y JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS 1055

225	ACTUALIZACIÓN DEL CELADOR ANTE UN RIESGO DE EMERGENCIA. EVACUACIÓN DEL PACIENTE MARÍA DOLORES SALMÓN CAGIGAS	1059
226	PROCESAMIENTO DE LA ROPA EN EL ÁREA SUCIA: TÉCNICAS DE LAVADO, TEMPERATURAS Y TIEMPOS JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS, MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ Y JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ	1063
227	EL CELADOR EN URGENCIAS MANUELA CALERO PARRA, ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA Y RAMONA CAMPOS CAMPOS	1067
228	CELADOR Y PRIMEROS AUXILIOS RAMONA CAMPOS CAMPOS, MANUELA CALERO PARRA Y ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE	1071
229	LA RELACION PACIENTE Y PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO MARIAM CORREA FERNANDEZ, LAURA FERNÁNDEZ MARQUÉS, MARIA BELEN FIDALGO MUÑIZ, SARA GONZÁLEZ LÓPEZ Y MARIA DEL CARMEN LOPEZ SUAREZ	1075
230	EL CELADOR EN APOYO A UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA GONZALO RUBIO ARAQUE, ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ, GELDA VILLAMOR AGUADO, JAIME ORTIZ MARTIN Y LAURA CASERO HERNÁNDEZ	1081
231	EL CELADOR Y EL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA JAVIER MELLADO MONTEJANO, ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA Y ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE	1085
232	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UNA URGENCIA PSIQUIÁTRICA POR RIESGO DE SUCICIO, AGRESIVIDAD O AGITACIÓN. ROSALÍA MATA GONZÁLEZ	1089
233	PREVENCION DE RIESGOS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO SILVIA CORDERO LÓPEZ	1093

- 234PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: EL ÁCIDO FÓLICO EN LOS ALIMENTOS**
MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL, SALVADOR PALAZON VALCARCEL, MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ, FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ Y JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO 1097
- 235EL PINCHE DE COCINA Y LA ORGANIZACION DE COMIDAS DE PACIENTES CON ALERGIAS ALIMENTARIA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL, SALVADOR PALAZON VALCARCEL, MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ, FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ Y JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO 1101
- 236EL PINCHE DE COCINA: LA BUENA PRÁCTICA Y BUENA MANIPULACIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL, SALVADOR PALAZON VALCARCEL, MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ, FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ Y JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO 1107
- 237LAS FUNCIONES GENERALES Y LOS CELADORES**
MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO, JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO, MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE, LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO Y JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL 1111
- 238AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
GLORIA MARTINEZ HUECAS 1115
- 239EL SERVICIO DE FARMACIA Y LAS TAREAS DE LOS CELADORES EN ÉL**
MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO, JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO, MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE, LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO Y JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL 1121
- 240URGENCIAS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE, JAVIER MELLADO MONTEJANO Y RAMONA CAMPOS CAMPOS 1125

- 241 EL SERVICIO DE LABORATORIO Y LAS DISTINTAS LABORES DEL CELADOR**
MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO, JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO, MONTSERRAT MORALES QUIRALTE, LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO Y JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL 1129
- 242 AUTOPSIAS EN LOS HOSPITALES Y PAPEL Y FUNCIONES DEL CELADOR**
MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA, ABEL SALAZAR CANTON, RAFAELA CANTON SALAZAR Y YOLANDA CANTON SALAZAR 1133
- 243 ACTUACION DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD**
YOLANDA QUINTIN ALVAREZ 1137
- 244 ¿QUÉ TÉCNICAS UTILIZA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA ATENDER TELEFÓNICAMENTE?**
JOSE LUIS PEREZ HERENCIA, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ, JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS, ANA MARÍA PARRA LIZANO Y NIEVES POLA FERNANDEZ 1141
- 245 ACTUACIÓN Y PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UNA EMERGENCIA MÉDICA**
JOSE LUIS PEREZ HERENCIA, NIEVES POLA FERNANDEZ, JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS, ANA MARÍA PARRA LIZANO Y MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ 1145
- 246 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN, JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ, MARGARITA PATERNA RAMÓN, AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ Y MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ 1149
- 247 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN URGENCIAS**
MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN, JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ, MARGARITA PATERNA RAMÓN, AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ Y MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ 1153

- 248EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL LABORATORIO**
MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN, JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ,
MARGARITA PATERNA RAMÓN, AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ Y
MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ 1157
- 249EL PINCHE DE COCINA EN ASISTENCIA DIETÉTICA**
VANESA GARRIDO HERRERA, MARÍA NIEVES VALLE, MARTA
GARRIDO HERRERA, MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL Y JORGE
ROMERO MATEO 1161
- 250RESOLUCIÓN POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE
LAS QUEJAS Y SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES**
JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA,
MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ, ANA MARÍA PARRA LIZANO Y
NIEVES POLA FERNANDEZ 1165
- 251ALMACENAMIENTO Y CONSEVACION DE ALIMENTOS POR
PARTE DEL PINCHE DE COCINA**
FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN
LEÓN, ALICIA MORENO PÉREZ, BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ Y
ANTONIO IGUAL FERNANDEZ 1169
- 252PINCHE DE COCINA: EL COVID-19 EN LA COCINA HOSPITALARIA**
FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN
LEÓN, ALICIA MORENO PÉREZ, BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ Y
ANTONIO IGUAL FERNANDEZ 1173
- 253LA CINTA DE EMPLATADO: EL PAPEL DEL PERSONAL DE
COCINA HOSPITALARIA**
FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN
LEÓN, ALICIA MORENO PÉREZ, BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ Y
ANTONIO IGUAL FERNANDEZ 1177
- 254EL CELADOR EN EL MOMENTO DEL PARTO EN SITUACION DE
PANDEMIA**
JOSEFA SEGOVIA HARO, DESIDERIO GÓMEZ VELASCO, MONICA
MERO CAMACHO, LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA Y MARÍA
CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ 1181

255	EL CELADOR Y EL USO DE GRÚAS EN LOS HOSPITALES JOSEFA SEGOVIA HARO, DESIDERIO GÓMEZ VELASCO, LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA, MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ Y MONICA MERO CAMACHO	1185
256	EL CELADOR Y LOS CAMBIOS POSTURALES Y DE MOVILIZACIÓN PARA EVITAR ÚLCERAS JOSEFA SEGOVIA HARO, DESIDERIO GÓMEZ VELASCO, MONICA MERO CAMACHO, LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA Y MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ	1189
257	FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS SANITARIOS JOSEFA SEGOVIA HARO	1193
258	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE URGENCIA Y LA VIOLENCIA DE LOS PACIENTES HACIA ELLOS JOSEFA SEGOVIA HARO	1197
259	INFORMACION ASISTENCIAL AL PACIENTE Y SU DERECHO A LA AUTONOMIA SILVIA CORDERO LÓPEZ	1201
260	DIFERENTES TIPOS DE LESIONES Y COMO ACTUAR FRENTE A LAS MISMAS VICTOR RODRIGUEZ HEVIA	1205
261	LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) VICTOR RODRIGUEZ HEVIA	1215
262	EL PINCHE DE COCINA, RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE PROVISIONES MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL, JORGE ROMERO MATEO, MARTA GARRIDO HERRERA, MARÍA NIEVES VALLE Y VANESA GARRIDO HERRERA	1221

- 263 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA HIGIENE EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y EL COVID-19**
ANTONIA HONRUBIA GARCÍA, CARIDAD GOMEZ HONRUBIA,
ISABEL HONRUBIA GARCIA, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ
Y ANTONIA ALFARO CUERDA 1225
- 264 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL PLATO TESTIGO EN LOS HOSPITALES**
ANTONIA HONRUBIA GARCÍA, CARIDAD GOMEZ HONRUBIA,
ISABEL HONRUBIA GARCIA, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ
Y ANTONIA ALFARO CUERDA 1229
- 265 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS ALIMENTOS DE QUINTA GAMA DE UNA COCINA INTRAHOSPITALARIA**
ANTONIA HONRUBIA GARCÍA, CARIDAD GOMEZ HONRUBIA,
ISABEL HONRUBIA GARCIA, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ
Y ANTONIA ALFARO CUERDA 1233
- 266 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO, VANESA RUBIO AYALA, M.JOSE
GARRIDO BARRERA, MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA
SIERRA DE LA FLOR Y IVÁN ARAQUE CASTELLANOS 1237
- 267 AGRESIONES DE LOS PACIENTES AL CELADOR**
EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO, MARINA INMACULADA
MARTÍN DE LA SIERRA DE LA FLOR, IVÁN ARAQUE CASTELLANOS,
VANESA RUBIO AYALA Y M.JOSE GARRIDO BARRERA 1241
- 268 CONOCIMIENTOS BÁSICOS ANTE SITUACIONES DE PRIMEROS AUXILIOS DEL CELADOR**
EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO, VANESA RUBIO AYALA, M.JOSE
GARRIDO BARRERA, MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA
SIERRA DE LA FLOR Y IVÁN ARAQUE CASTELLANOS 1245
- 269 EL PINCHE DE COCINA Y LA NUTRICIÓN GERIÁTRICA**
MARTA GARRIDO HERRERA, VANESA GARRIDO HERRERA, MARÍA
NIEVES VALLE, MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL Y JORGE
ROMERO MATEO 1249

270 EL CELADOR Y LA REALIZACIÓN DEL DECÚBITO PRONO GELDA VILLAMOR AGUADO, GONZALO RUBIO ARAQUE, ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ, LAURA CASERO HERNÁNDEZ Y JAIME ORTIZ MARTIN	1253
271 EL CELADOR Y LA MOVILIZACION DE PACIENTES MARTA TEJEDA CHUMILLAS, MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA, MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ, MANUEL GARCIA FERNANDEZ Y ALFONSO GARCIA MARINA	1257
272 EL CELADOR DE PUERTA, FUNCIONES MARTA TEJEDA CHUMILLAS, MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA, MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ, MANUEL GARCIA FERNANDEZ Y ALFONSO GARCIA MARINA	1261
273 EL CELADOR Y LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN MARTA TEJEDA CHUMILLAS, MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA, MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ, MANUEL GARCIA FERNANDEZ Y ALFONSO GARCIA MARINA	1265
274 ÁREA DE PSIQUIATRIA HOSPITALARIA Y FUNCIONES DEL CELADOR EN ESTA FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS, PEDRO GABALDÓN SANCHEZ, CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA, MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO Y BEATRIZ PATON ARMERO	1269
275 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE AUTOPSIAS HOSPITALARIA FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS, BEATRIZ PATON ARMERO, PEDRO GABALDÓN SANCHEZ, CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA Y MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO	1275

- 276 IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIA**
FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS, PEDRO GABALDÓN SANCHEZ, CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA, MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO Y BEATRIZ PATON ARMERO 1279
- 277 EL TRABAJO QUE REALIZA EL CELADOR EN EL SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS**
EVA MENCÍA MORENO, NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS Y CRISTINA FLORINA GRAMA 1283
- 278 LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE TERMINAL Y CUIDADOS PALIATIVOS**
EVA MENCÍA MORENO, NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS Y CRISTINA FLORINA GRAMA 1287
- 279 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECCIÓN DE ADMISIÓN DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL**
MARÍA INÉS MESAS VALERA, SARA BALLESTEROS PINEDO Y MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR 1291
- 280 LA HISTORIA CLÍNICA, GESTIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS EN UN HOSPITAL POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
SARA BALLESTEROS PINEDO, MARÍA INÉS MESAS VALERA Y MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR 1297
- 281 LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, ATENCIÓN AL PACIENTE Y OTROS DEPARTAMENTOS DE SANIDAD**
SARA BALLESTEROS PINEDO, MARÍA INÉS MESAS VALERA Y MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR 1303
- 282 LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCION PRIMARIA.**
LAURA DÍAZ GARCÍA, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ, SUSANA DÍAZ GARCÍA Y LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ 1307

283	PATOLOGIAS ASOCIADAS A LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN CENTROS SANITARIOS LAURA DÍAZ GARCÍA, LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ Y SUSANA DÍAZ GARCÍA	1313
284	PRINCIPALES FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO. LAURA DÍAZ GARCÍA, LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ Y SUSANA DÍAZ GARCÍA	1319
285	IGUALDAD DE GÉNERO EN PERSONAL TRABAJADOR NO SANITARIO CARMEN GARCÍA ALVAREZ, MARIA NIEVES MARTINEZ RIVAS, JOAQUÍN HORRILLO PIÑEIRO, RICARDO GARCÍA ALVAREZ Y MARÍA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ FORCELLEDO	1325
286	EL CELADOR EN APOYO A LA DEAMBULACIÓN O MARCHA DEL PACIENTE HEMIPLÉJICO LAURA CASERO HERNÁNDEZ, GONZALO RUBIO ARAQUE, ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ, GELDA VILLAMOR AGUADO Y JAIME ORTIZ MARTIN	1329
287	EL CELADOR Y LAS MEDIDAS DE HIGIENE BÁSICAS EN UN CENTRO HOSPITALARIO JUAN ANTONIO LORENZO VEGA	1333
288	AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: CONSENTIMIENTO INFORMADO DOLORES REYES REYES	1337
289	EL DOLOR DE ESPALDA Y SU PREVENCIÓN PARA LOS TRABAJADORES SANITARIOS Y NO SANITARIOS DEL AMBITO HOSPITALARIO CARMEN MARIA UFANO MAYOR	1341

290	CÓMO GESTIONAR LOS RESIDUOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS	
	MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS, DAVID DIAZ MARIANO, ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ Y MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ	1345
291	UNA BUENA NUTRICIÓN Y LA IMPORTANCIA DE ESTA EN LOS HOSPITALES	
	MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS, DAVID DIAZ MARIANO, ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ Y MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ	1349
292	LOS ALIMENTOS Y SU MANIPULACIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS	
	MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS, DAVID DIAZ MARIANO, ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ Y MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ	1353
293	TRATAMIENTO DEL DOLOR Y SUS TIPOS	
	AMELIA AGUARON LANGARITA	1357
294	EL CELADOR EN EL AREA DE URGENCIAS. CELADOR DE PUERTA	
	DIEGO PILLADO CASTRO	1361
295	PLAN DE EMERGENCIA INTRAHOSPITALARIA. ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA EMERGENCIA	
	DIEGO PILLADO CASTRO	1365
296	EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA	
	MONICA MARTINEZ COSIO	1371
297	PRIMEROS AUXILIOS PARA EL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIA	
	MARIA YOLANDA MARTINEZ ORVIZ	1375
298	IMPACTO DEL TRABAJO A TURNOS EN EL SECTOR SANITARIO	
	ROGELIO SANCHEZ VALLES Y ARACELI GARCIA RODRIGUEZ	1379
299	EL BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO	
	JOSE IVAN VALDES NUÑEZ	1383

300TOLERANCIA CERO FRENTE A LAS AGRESIONES DE LOS PACIENTES AL PERSONAL ADMINISTRATIVO BEATRIZ GARRIDO VILLAR	1387
301LOS CELADORES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO	1391
302EL CELADOR EN EL ÁREA DE GERIATRÍA MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO, MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN, CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA, ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA Y LUIS SANTOS ROBLES	1395
303EL CELADOR EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO, CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA, MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN, ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA Y LUIS SANTOS ROBLES	1399
304EL CELADOR EN EL ÁREA DE PUERTA PRINCIPAL E INFORMACIÓN MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO, CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA, MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN, ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA Y LUIS SANTOS ROBLES	1403
305LAS INTERVENCIONES DEL CELADOR EN EL ENTORNO A LA OXIGENOTERAPIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MONTSERRAT MURO MONTEAGUDO, PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES, OSCAR BERMEJO GUIJARRO, SILVIA RATON ÁLVAREZ Y RICARDO AGUIRRE GONZÁLEZ	1407
306EL CELADOR EN EL ALMACÉN. REVISION BIBLIOGRÁFICA. PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES, MONTSERRAT MURO MONTEAGUDO Y OSCAR BERMEJO GUIJARRO	1411
307LOS OBSTACULOS DE LA COMUNICACIÓN EN EL PERSONAL DE CELADOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA OSCAR BERMEJO GUIJARRO Y PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES	1415

Capítulo 1

SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

DESIRE MARÍA VELARDE HERRERA

1 Introducción

El Síndrome de compresión medular se trata de una urgencia oncológica. Supone la segunda complicación neurológica más frecuente en pacientes oncológicos después de las metástasis cerebrales y presenta una elevada morbilidad con una frecuencia de hasta el 5 % según algunas series y la supervivencia habitual de estos pacientes cuando se diagnostica es de unos 3-6 meses por lo que es de vital importancia su sospecha inicial para ser tratada.

La aparición de MTX espinales desde el diagnóstico suele ser de 32 meses; y desde la detección de MTX hasta la aparición de un Sd. de compresión medular pueden transcurrir unos 27 meses aproximadamente.

En la mayor parte de las ocasiones el mecanismo de compresión medular se produce por ocurre por afectación de la columna vertebral (85-90 %).

La mayor parte de las MTX (hasta un 70 %) son lesiones osteolíticas y se localizan en el cuerpo vertebral, generando una compresión anterior de la médula espinal.

Este tipo de compresión es frecuente en cáncer de mama, próstata y mieloma.

Otra forma es la producida por neoplasias paravertebrales (linfoma, sarcoma, neuroblastoma) que se extienden por el foramen intervertebral (10-15 % de los casos) y en estudios de imagen no se evidencia alteración. La compresión epidural por metástasis directas en este espacio es rara.

2 Objetivos

Explicar la base fisiopatológica en la génesis de esta complicación que se puede dar en pacientes con neoplasias activas. También se hará un repaso de los tumores en los que la incidencia de esta patología es más frecuente.

Realizar una revisión bibliográfica acerca de las presentaciones más habituales y del proceder en cuanto a los métodos diagnósticos y de las distintas opciones terapéuticas que se presentan actualmente y los beneficios que se han objetivado con el empleo de las mismas, haciendo también un breve paso sobre el proceder actual ante una presentación aguda.

3 Metodología

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron fuentes documentales. Se realizó una búsqueda bibliográfica en el período septiembre de 2020-noviembre de 2020 en Medline Plus, Pubmed y Up to Date utilizando los descriptores:

- Spinal compression síndrome.
- Epidemiology.
- Morbidity.
- Surveillance.
- Synthoms of spinal compression.
- Clinical features of spinal compresion.
- Therapeutics in spinal compresion.
- Radioteraphy in spinal compresion.

Se seleccionaron aquellos documentos que informaran sobre aspectos formales que debía contener este trabajo, seleccionando preferentemente información más actualizada.

Se extrajo la información referente a algunos aspectos de la parte clínica.

Se empleó material impreso, como libros y artículos de revistas para completar la información acerca del tratamiento.

4 Resultados

- Fisiopatología:

La compresión de la médula se daría en dos fases; en la primera se da la compresión medular y posteriormente se infiltra el cuerpo vertebral. En la primera se presenta diseminación metastásica a través del plexo venoso y la embolización

arterial directa de células malignas en la médula ósea. Finalmente se da la infiltración en el cuerpo vertebral que al crecer se extiende anteriormente al saco tecal y comprime la médula y el plexo venoso epidural. La destrucción del hueso cortical por el tumor contribuye a la compresión por colapso y también por fragmentos óseos que entran al espacio epidural.

El mecanismo inicial es el edema vasogénico de la materia blanca en el que intervienen citocinas, mediadores inflamatorios y neurotransmisores. Uno de los más importantes es el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) que está relacionado con la hipoxia de la médula. La prostaglandina E2 es otro mediador que favorece el edema. Finalmente el edema vasogénico va a ser reemplazado por la lesión neuronal isquémica-hipóxica que lleva a edema citotóxico y muerte neuronal.

- Epidemiología:

La compresión medular metastásica es una complicación relativamente común que se da en aproximadamente 3 al 5 por ciento entre los pacientes que mueren de cáncer y es la manifestación inicial en aproximadamente el 20 % de los pacientes. Aunque esta complicación la pueden causar cualquier metástasis de un primario se ha descrito que en hasta casi la mitad de las ocasiones las neoplasias primarias son de próstata, pulmón y mama, ya que tienen mayor propensión a afectar y hacer metástasis en el hueso.

En varios estudios de casos en EEUU se ha descrito entre 1998-2006 que las neoplasias involucradas más frecuentes eran: cáncer de pulmón (25 %), cáncer de próstata (16 %), mieloma múltiple (11 %) y cáncer de mama (7 %). Sin embargo aunque la incidencia de estas es la más elevada, las tasas de incidencia de cáncer entre los pacientes que mueren fueron más altas para mieloma múltiple (15 por 100.000), linfoma de Hodgkin y no Hodgkin (6 a 8 por 100.000), próstata y riñón (5 por 100.000) y tiroides (2 por 100.000).

Las causas de compresión medular son:

- 90 % debido metástasis óseas.
- 9 % metástasis meníngeas.

Las localizaciones (relacionadas con la médula ósea) más frecuentes son:

- Columna dorsal 60-70 %.
- Columna lumbar 13-66 %.

Cuadro clínico:

En primer lugar decir que el dolor de espalda es el síntoma más prevalente en el síndrome de compresión metastásica, estimándose que se presenta sobre todo

inicialmente en hasta un 95 % de los pacientes.

Hasta una 21-23 % de los pacientes que sufre este síndrome no había sido diagnosticado previamente de una neoplasia activa pudiéndose ser estos síntomas que se van a mostrar datos de alarma que nos deben hacer descartar una neoplasia oculta con estudios complementarios. Los síntomas que se desarrollan en un Síndrome de compresión medular son:

1. Dolor: síntoma más prevalente y común que puede llegar a aparecer hasta dos meses antes de la compresión aunque solo es el síntoma inicial de lesión metastásica en un 10 % de los casos.

Pueden presentar dolor por compresión local, dolor por mecánico por inestabilidad de la columna o dolor neuropático por compresión radicular.

En el caso del dolor local este es debido a la expansión perióstica de la vértebra o por el agrandamiento de los plexos venosos epidurales; es nocturno y mejora con la realización de actividad motora, al contrario que en el caso del dolor mecánico que empeora con el ejercicio y mejora con el reposo. En el caso del dolor neuropático por compresión o invasión maligna se presenta como urente, lancinante y agudo.

Habitualmente el dolor va aumentando en intensidad y frecuencia con el paso de los meses. Con frecuencia, el dolor aumenta en intensidad a lo largo del tiempo y empeora con maniobras de valsalva o al presionar sobre el trayecto nervioso, debido a la distensión del plexo epidural.

Es muy difícil distinguir a las personas en riesgo de las personas con lumbalgia simple y por eso la guía NICE del Reino Unido presenta una lista de signos que nos deben poner el alerta acerca de la posible etiología maligna del dolor.

Se debe prestar especial atención a los pacientes con un diagnóstico previo de cáncer o con un dolor incesante y grave, especialmente si se localiza en la columna vertebral superior o media, o el dolor es agravado por el aumento de la presión intraabdominal o maniobras de valsalva. También puede ser difícil distinguir el dolor provocado por las metástasis medulares del dolor por compresión de la médula.

Recomendaciones del NICE para el diagnóstico y sospecha de los pacientes con riesgo de compresión medular metastásica o con metástasis vertebrales:

- Dolor en la columna vertebral media (torácica) o superior (cervical).
- Dolor vertebral inferior (lumbar) progresivo.
- Dolor intenso e incesante en la columna baja.
- Dolor vertebral agravado por el esfuerzo (por ej., defecación) o al toser o estornudar. Los movimientos que provocan dolor mecánico varían según el nivel

espinal del tumor:

Las metástasis cervicales inestables causan dolor de cuello e interescapular con flexión-extensión, rotación del cuello.

Las metástasis torácicas inestables causan dolor al estar acostado.

La inestabilidad mecánica lumbar se manifiesta generalmente a través de una radiculopatía mecánica, un dolor radicular intenso provocado por una carga axial al caminar o estar de pie.

- Dolor vertebral localizado.

- Dolor espinal nocturno que impide dormir (suele empeorar por la noche, posiblemente relacionado con la variación diurna de los niveles de corticosteroides endógenos y el alivio frecuente del dolor con corticosteroides sugiere que la inflamación o la irritación neural juega un papel importante).

2. Hallazgos motores: los hallazgos motores representan etapas avanzadas de la compresión medular. La gravedad de la debilidad tiende a ser mayor en pacientes con metástasis torácicas compresivas. A menos que haya una debilidad profunda o dolor intenso con el movimiento.

El segundo síntoma más común es la debilidad de las extremidades, afecta al 60-85 % de los pacientes en el momento del diagnóstico. Los pacientes pueden quejarse de marcha inestable, caminar o trasladarse de la cama a la silla, y sus síntomas progresan a lo largo de los días o de unas pocas semanas. Los pacientes frágiles con enfermedad avanzada no pueden hacer notar su debilidad, pero los cuidadores pueden observar el deterioro repentino funcionalmente.

Es de vital importancia para el pronóstico futuro del paciente reducir al mínimo el déficit antes del tratamiento para prevenir la paraplejía. El factor pronóstico más fuerte del resultado neurológico del tratamiento es el estado neurológico previo al inicio del tratamiento.

Cuando el sitio de compresión está en el cono medular o por encima de él, la debilidad se debe a una disfunción del tracto corticoespinal y tiene el patrón piramidal típico, que afecta preferentemente a los flexores de las extremidades inferiores (es decir, debilidad en la flexión de la cadera, flexión de la rodilla y dorsiflexión del tobillo con relativa preservación de la extensión de cadera, extensión de rodilla y fuerza de flexión plantar).

Si la compresión está por encima de la columna torácica, los extensores de las extremidades superiores también pueden verse afectados (es decir, debilidad más pronunciada en los extensores del tríceps y la muñeca que en el deltoides y el bíceps). Puede observarse hiperreflexia por debajo del nivel de compresión y respuestas plantares extensoras.

La compresión en el cono medular o por encima de él generalmente produce

debilidad bastante simétrica de las extremidades inferiores. Una lesión epidural situada lateralmente puede afectar preferentemente una raíz nerviosa que sale del foramen neural y producir una radiculopatía motora superpuesta o aislada. Las lesiones compresivas a nivel de la cola de caballo tienden a producir debilidad más asimétrica y en parches. Los pacientes con síndrome de la cola de caballo se presentan de diferentes maneras. A menudo, relatan la disminución de la conciencia al comenzar a orinar o defecar, sin déficit motor y, a veces, en ausencia de dolor. Los principales signos clínicos son la disminución de la sensibilidad en los glúteos, la cara posterosuperior de los muslos y la región perineal, con una distribución en silla de montar. En el examen físico, la mayoría de los pacientes muestra una disminución del tono del esfínter anal. La retención urinaria con incontinencia por rebosamiento es un predictor importante, con una sensibilidad del 90 % y una especificidad del 95 %.

La progresión de los hallazgos motores antes del diagnóstico de síndrome de compresión medular típicamente consiste en un aumento de la debilidad seguido secuencialmente por pérdida de la función de la marcha y luego parálisis. La inestabilidad mecánica espinal neoplásica puede causar dolor intenso con el movimiento, lo que hace que los pacientes no puedan caminar en ausencia de déficits neurológicos.

3. Hallazgos sensoriales: los hallazgos sensoriales son menos comunes que los hallazgos motores, pero todavía están presentes en la mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico. Los pacientes refieren con frecuencia un patrón de entumecimiento ascendente y parestesias si se les pregunta y se examina detenidamente.

Cuando hay un nivel sensorial espinal, típicamente es de uno a cinco niveles por debajo del nivel real de compresión del cordón. La pérdida de la sensibilidad en silla de montar suele estar presente en las lesiones de la cola de caballo, mientras que las lesiones por encima de la cola de caballo con frecuencia provocan que los dermatomas sacros no se pinchen.

La pérdida sensorial puede ocurrir en una distribución radicular. Se ha sugerido que el dolor radicular con molestias sensoriales es particularmente común en la compresión medular metastásica lumbar, mientras que la debilidad bilateral de la pierna con dolor de espalda es típica de la compresión torácica.

También se puede dar el fenómeno de Lhermitte. Se trata de la sensación de que la electricidad desciende por la columna con la flexión del cuello, puede darse ocasionalmente cuando la compresión está en la columna cervical, aunque no es específico de este síndrome. El fenómeno de Lhermitte se observa con mayor frecuencia en la esclerosis múltiple, la mielopatía espondilótica cervical, la neu-

rotoxicidad inducida por cisplatino, la mielopatía inducida por radiación y los traumatismos del cuello.

4. Disfunción autonómica: La disfunción de la vejiga y el intestino debido a ESCC es generalmente un hallazgo tardío que estuvo presente en hasta la mitad de los pacientes (retención urinaria, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, etc.). La retención urinaria como manifestación de disfunción autonómica es el hallazgo más común y rara vez es el único síntoma de compresión medular. Las metástasis sacras también pueden causar incontinencia intestinal / vesical aislada y déficits sensoriales perineales debido a la compresión localizada de las raíces nerviosas sacras. Los opiáceos que los pacientes con ESCC requieren con frecuencia para el manejo del dolor también pueden contribuir a la retención urinaria.

Diagnóstico:

Inicialmente tendremos una sospecha clínica por una serie de signos y síntomas que hayamos objetivado. Una vez hayamos hecho el diagnóstico diferencial y tengamos un elevado grado de sospecha es fundamental localizar el nivel de la lesión y posteriormente la topografía de la lesión.

El nivel de la lesión, para conocerlo tendremos que tener en cuenta dónde se inició el dolor, según este inicio sabemos que la progresión de los síntomas en las lesiones intramedulares es desde el nivel hacia abajo y en el caso de una lesión extramedular (que será lo más habitual en nuestro caso) la progresión es desde las extremidades inferiores hasta el nivel de la lesión.

La topografía de la lesión, debemos realizar imágenes de la médula espinal inmediatamente si los pacientes tienen un dolor espinal o radicular súbito con déficits de reflejos, motores o sensitivos, sobre todo a nivel segmentario. Las dos pruebas complementarias básicas son la radiografía simple y una RMN de urgencia.

A veces las lesiones metastásicas se visualizaban en la Rx simple pero es de vital importancia conocer el nivel medular clínico para valorar la posible afectación de la misma. Pueden demostrar alteración hasta en el 80 % de los casos con metástasis espinales sintomáticas, con un valor predictivo positivo del 98 % y un 17 % de falsos negativos.

En la Rx simple se puede observar erosión de la zona de los pedículos, fracturas, cambios osteoblásticos, etc. En la TAC se pueden objetivar masas o lesiones óseas

y en el caso de la RMN se pueden demostrar lesiones que no destruyen hueso, lesiones paraespinales y lesiones múltiples que en los estudios previos serían muy difíciles de objetivar.

La RMN es el gold estándar con una sensibilidad del 91% y una especificidad de 97%. En esta se evidencia el nivel de compresión y se pueden diagnosticar lesiones metastásicas espinales múltiples que se presentan hasta en el 70% de los casos. Imágenes ponderadas en T1 permiten diferenciar tumores que tienen baja señal con la grasa de la médula ósea que tiene alta señal. La imagen T2 se usa más para evaluar infiltración del saco tecal, debido a que el líquido cefalorraquídeo que tiene alta señal genera un efecto de mielografía.

Tratamiento:

El tratamiento debe individualizarse según las condiciones del paciente, las opciones son radioterapia y cirugía sola o combinada.

La quimioterapia como primera opción terapéutica sólo está indicada en tumores altamente quimiosensibles en pacientes no tributarios de radioterapia o cirugía, o en combinación con radioterapia en el linfoma no hodgkin, puesto que ha demostrado prolongar la supervivencia.

Corticoterapia: todos los pacientes con confirmación radiológica deben iniciar tratamiento con dexametasona. El efecto de estos agentes es que reducen el edema, inhiben la respuesta inflamatoria y estabilizan la membrana vascular, retardando el déficit neurológico. En metástasis epidurales los corticosteroides alivian rápidamente el dolor y generan rápida recuperación.

Las dosis que se suelen utilizar son de 100 mg en infusión continua durante 30 minutos, seguidas de 16 mg/6 h durante 2 días y, posteriormente, pauta descendente de 4 mg cada 2 días. La dosis de dexametasona debe disminuirse en forma paulatina cuando se adiciona radioterapia.

Se obtiene mayor beneficio cuando se combinan radioterapia y esteroides, hasta 81 % de los pacientes son ambulatorios después del manejo vs 63 % cuando sólo reciben radioterapia.

La radioterapia es el tratamiento de elección cuando hay evidencia de tumor primario conocido.

En caso contrario, es recomendable la descompresión quirúrgica que permitirá al mismo tiempo la obtención de material para el diagnóstico histológico.

La radioterapia consigue un alivio del dolor en el 70 % de los casos, mejoría de

la función motora en el 45-60 % de los casos, reversión de la situación de paraplejía en el 10-20 % de los casos, citorreducción del tumor, control local de la enfermedad y prevención de los síntomas neurológicos progresivos.

Se ha comprobado que el resultado a largo plazo es similar al tratamiento quirúrgico (laminectomía descompresiva) seguido de radioterapia. Por lo que la cirugía añade riesgos de complicaciones y no previene mejor de la aparición de una afectación medular completa irreversible.

La indicación quirúrgica está indicada de entrada cuando hay inestabilidad vertebral, retropulsión de fragmentos óseos cuando éstos son los que generan la compresión, irradiación previa sobre el lugar de la compresión con la dosis máxima posible, ausencia de respuesta a la radioterapia, o en ausencia de diagnóstico histológico en el contexto de deterioro neurológico rápido.

5 Discusión-Conclusión

El grado de disfunción neurológica previa es el mayor predictor de respuesta al tratamiento. El 85 % de los pacientes que conservan la función neurológica al diagnóstico la mantendrá posteriormente al tratamiento, mientras que sólo el 45-50 % de los pacientes con paraparesia y el 0-15 % de los pacientes con paraplejía la mantendrán.

Otro predictor es la velocidad de instauración del déficit. La rápida progresión indica severidad medular y menor posibilidad de que el déficit revierta.

El intervalo entre el diagnóstico y el desarrollo de la compresión medular predice el grado de disfunción motora. Intervalos cortos implican mayor severidad de disfunción neurológica.

La supervivencia media de los pacientes con este diagnóstico es de unos 2-3 meses, llegando a los 18 meses sólo el 10 %.

Otro factor importante es la histología del tumor primario. Histologías favorables (mama, linfoma, próstata) pueden tener una supervivencia de hasta 10 meses, mientras que histologías desfavorables presentan una supervivencia de 3 meses.

En cuanto al impacto psicológico en varios estudios se concluye que hasta un 50 % de los pacientes con compresión medular presenta buena calidad de vida y niveles bajos de angustia, y solo una minoría tiene dificultades graves en su vida diaria. Se requiere mayor conciencia y más investigación del impacto psicológico para

determinar los grupos de riesgo y las estrategias más efectivas para su apoyo.

El Síndrome de compresión medular es una de las urgencias oncológicas que existen, es muy importante su sospecha inicial pronta ya que si se trata de forma celera pueden reducirse en gran medida las secuelas y además cuando se diagnostican estos paciente de forma general tiene un pronóstico de vida medio de unos 3-6 meses.

La RM es la exploración radiológica de elección. Es muy importante tener presente que se trata de una urgencia oncológica que requiere tratamiento urgente, menos de 24 horas.

Los corticoides deberían administrarse en pacientes sintomáticos con confirmación diagnóstica. En el tema de las dosis a administrar de corticoides hay bastante controversia y no hay protocolos estandarizados pero sí que se ha evidenciado que aportan beneficios.

La radioterapia es el tratamiento de elección en todos los pacientes sin déficit o con mínimo déficit neurológico.

La cirugía debe indicarse en pacientes con expectativa de vida superior a 2 meses, cuando no haya diagnóstico histológico de neoplasia o haya inestabilidad vertebral, fragmentos óseos, historia de radiación previa en la misma localización o progresión neurológica durante el tratamiento de radioterapia.

La supervivencia dependerá del déficit neurológico previo al tratamiento, del intervalo entre el diagnóstico de neoplasia y la CM y del tipo histológico. Pero, sin duda, el factor más importante será la respuesta al tratamiento, y ésta dependerá fundamentalmente de la rapidez en la instauración del diagnóstico y del tratamiento.

Otro tema que no debemos olvidar es el abordaje psicológico en estos paciente y la repercusión en su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Bautista-Hernández MY, Medina-Villaseñor EA. Síndrome de compresión medular por cáncer. GAMO.2011. Vol. 10 Núm.5.
2. Benavides Orgaz M. Compresión Medular. Simposio Toledo. SEOM.2004.
3. Ilya Laufer I, Schiff D, Kelly HR, Bilsky M. Clinical features and diagnosis of neoplastic epidural spinal cord compression.Up To Date.2020. Volumen 1: página 1-13.

4. Muñoz Carmona DM, Bayo Calero J. Guía Práctica de Actuación en Urgencias Oncológicas para Especialistas Internos Residentes y Médicos de Atención Primaria. 1º edición Huelva: Archimedes Pharma; 2013.
5. Paponett M. Compresión medular metastásica [Monografía en internet]. 1ª edición. Argentina:intramed;2020[septiembre 2020]. <https://www.intramed.net>.
6. Espinoza Sánchez A. Tratamiento del síndrome de compresión medular en adultos: revisión bibliográfica y propuesta de algoritmo diagnóstico para la seguridad social[tesis doctoral].Costa Rica. Universidad de Costa Rica:2018.
7. Rubin M. Compresión medular.[Monografía en internet]. 1ª edición.USA:MSD;2018[septiembre 2020].<https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/trastornos-de-la-m%C3%A9dula-espinal/compresi%C3%B3n-medular>.
8. García de Sola. Compresión medular.[Monografía en internet]. 1ª edición.RosarioHospital del Rosario;2020[septiembre 2020].<https://neurorgs.net/docencia-index/uam/tema11-compresion-medular/>.
9. García de Sola. Compresión en tumores vertebro-basilares [Monografía en internet]. 1ª edición. Rosario Hospital del Rosario; 2020 [septiembre 2020]. <https://neurorgs.net/docencia/2020-tema-viii-sindrome-de-compresion-medular-tumores-vertebro-medulares/>.
10. Zabal Zazu E. Síndrome de compresión medular [Monografía en internet]. 1ª edición.País Vasco. Universidad del País Vasco;2020[septiembre 2020] <http://www.oc.lm.ehu.eus/Departamento/OfertaDocente/Teledocencia/Cruces/Cirugia1/NcC%2060%20SDME%20COMPRESION%20MEDULAR%20>.
11. Quiles Granado M. Síndrome de compresión medular agudo en urgencias: Diagnóstico por RM.SERAM.2012.Volumen 1:página 1-22.
12. Yicel Bautista-Hernández M. Síndrome de compresión medular por cáncer. GAMO Vol. 10 Núm. 5, septiembre – octubre 2011.
13. Jorcano Picart S, Fernández-Ibiza J. Diagnóstico y tratamiento de las metástasis vertebrales con compresión medular. Aten Primaria 2004; 34(2):92-7.
14. Maceira Rozas MC, Salvador Garrido N. Revisión de las indicaciones de la radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) en pacientes con tumores primarios y oligometástasis..2014. Volumen 1:página 1-157.

Capítulo 2

ESÓFAGO DE BARRETT: UNA LESIÓN PREMALIGNA DE DIAGNÓSTICO CONTROVERTIDO

LAURA LORENTE GEA

MARIA ANGELES PANIZA MENDOZA

ANA ISABEL GIL LIÑAN

1 Introducción

La entidad conocida como Esófago de Barrett resulta controvertida puesto que existen dos escuelas que la definen de forma diferente: por un lado, el Colegio Americano de Gastroenterología, define esta lesión como una extensión de mucosa color salmón hacia el esófago tubular, mayor o igual a 1 cm, próxima a la unión gastroesofágica que exige confirmación por biopsia de metaplasia intestinal (es decir, presencia de células caliciformes), por otro lado, la Sociedad Británica de Gastroenterología lo define como epitelio columnar con o sin células caliciformes, mayor o igual a 1 cm y próxima a la unión gastroesofágica.

Respecto a la epidemiología, se detecta en aproximadamente del 10 al 15% de pacientes con reflujo gastroesofágico y además, la duración de los síntomas de reflujo se considera factor de riesgo para el desarrollo de esta entidad.

Los factores de riesgo conocidos para desarrollarlo son: síntomas de reflujo gastroesofágico crónico durante más de 5 años, edad avanzada (más de 50 años), género masculino, ser fumador, obesidad de tipo central y ser de raza caucásica.

Aun así, no se realiza screening de forma general a la población sino solamente aquellos pacientes con al menos 2 factores de riesgo adicionales al reflujo.

El diagnóstico requiere correlación endoscópica puesto que debe existir al menos 1 cm de mucosa anormal, situada próxima a la unión gastroesofágica, además de los hallazgos histológicos característicos. Se requieren múltiples biopsias aleatorias del área afectada para considerar una muestra válida.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es presentar el caso clínico de un paciente con esófago de Barrett con displasia leve y ahondar en el conocimiento de esta entidad, haciendo una revisión de la literatura actual en fuentes indexadas (PubMed).

3 Caso clínico

Presentamos en este capítulo el caso de un paciente de 79 años, de raza caucásica, que acude a su médico de familia por disfagia de varias semanas de evolución. No presenta antecedentes médicos o quirúrgicos de interés salvo múltiples consultas por sensación de ardor y pesadez postprandial prácticamente a diario.

Tras anamnesis exhaustiva, se decide derivar al paciente a consultas de digestivo para evaluación de posible lesión esofágica. Puesto que actualmente no existe indicación de pruebas radiológicas para evaluación de este tipo de lesiones se realiza directamente endoscopia de vía digestiva alta, que muestra área de 1,5 cm próxima a la unión gastroesofágica, de coloración salmón y morfología levemente polipoide. Se aplica el protocolo de biopsia múltiple para descartar posibles entidades neoplásicas o preneoplásicas esofágicas.

Se reciben en nuestro laboratorio de anatomía patológica, múltiples fragmentos de tejido que oscilan entre 0,1 y 0,2 cm, que se incluyen de forma total para su posterior fijación en parafina y estudio histológico.

Al estudio microscópico, se identifica un epitelio escamoso poliestratificado no queratinizado y, de forma subepitelial, presencia de múltiples glándulas de tipo intestinal con abundancia de células caliciformes. Las células que conforman dichas glándulas, presentan una citología levemente atípica con elongación nuclear e hiperchromasia y leve alteración de la polaridad celular.

Actualmente, la hematoxilina-eosina se considera la técnica histológica de elección para el diagnóstico de esófago de Barrett habiéndose demostrando que las tinciones histoquímicas e inmunohistoquímicas no aportan precisión diagnóstica

a esta entidad. No obstante, se realiza la técnica de PAS para descartar la presencia de estructuras micóticas (hifas y/o esporas) en la superficie epitelial, que resulta negativa.

En nuestro hospital seguimos las indicaciones del Colegio Americano de Gastroenterología, por lo que el diagnóstico definitivo de esta biopsia es: esófago de Barrett con displasia leve.

4 Discusión-Conclusión

El esófago de Barrett es una entidad que reviste una gran trascendencia clínica puesto que se considera una lesión premaligna. El patólogo, tras evaluar la presencia de células caliciformes evalúa minuciosamente la presencia de displasia así como el grado de la misma.

Este informe, determinará el posterior seguimiento a y manejo del paciente: si se identifica displasia leve o moderada, se realizarán seguimientos periódicos con mayor o menor frecuencia. Si además de las células caliciformes se identifica displasia severa, consideraríamos a esta lesión como un adenocarcinoma in situ, es decir, una neoplasia no infiltrante con alto potencial de infiltración y metástasis. En este caso, el enfoque terapéutico adecuado sería la realización de una intervención quirúrgica que eliminaría la lesión para impedir que esta evolucione.

Es importante recalcar que el riesgo de progresión a adenocarcinoma de un esófago de Barrett sin displasia es de 0,2 a 0,5% por año, mientras que en para displasia de bajo grado es de 0,7% y para displasia de alto grado del 7% por año. En nuestro caso, el paciente continúa en seguimiento ya que su displasia es leve y se le realizan biopsias múltiples cada 6 meses. Asimismo, se le pautó tratamiento con inhibidores de la bomba de protones para manejar su enfermedad por reflujo gastroesofágico y disminuir el riesgo de progresión de la lesión esofágica.

5 Bibliografía

1. Montgomery, E. A., Canto, M. I., & Srivastava, A. (2019). Evaluation and reporting of biopsies from the columnar-lined esophagus and gastro-esophageal junction (GEJ). *Annals of Diagnostic Pathology*, 39, 111–117. <https://doi.org/10.1016/J.ANNDIAGPATH.2019.02.012>
2. Voltaggio, L., & Montgomery, E. A. (2017). Diagnosis and Management of Barrett-Related Neoplasia in the Modern Era. *Surgical Pathology Clinics*, 10(4), 781–800. <https://doi.org/10.1016/J.PATH.2017.07.002>

3. Panarelli, N. C., & Yantiss, R. K. (2016). Do Ancillary Studies Aid Detection and Classification of Barrett Esophagus? *The American Journal of Surgical Pathology*, 40(8), e83–e93. <https://doi.org/10.1097/PAS.0000000000000654>
4. Naini, B. v., Souza, R. F., & Odze, R. D. (2016). Barrett's Esophagus: A Comprehensive and Contemporary Review for Pathologists. *The American Journal of Surgical Pathology*, 40(5), e45–e66. <https://doi.org/10.1097/PAS.0000000000000598>
5. Srivastava, A., Appelman, H., Goldsmith, J. D., Davison, J. M., Hart, J., & Krasinskas, A. M. (2017). The Use of Ancillary Stains in the Diagnosis of Barrett Esophagus and Barrett Esophagus-associated Dysplasia: Recommendations From the Rodger C. Haggitt Gastrointestinal Pathology Society. *The American Journal of Surgical Pathology*, 41(5), e8–e21. <https://doi.org/10.1097/PAS.0000000000000819>
6. Fitzgerald, R. C., di Pietro, M., Ragunath, K., Ang, Y., Kang, J. Y., Watson, P., Trudgill, N., Patel, P., Kaye, P. v., Sanders, S., O'Donovan, M., Bird-Lieberman, E., Bhandari, P., Jankowski, J. A., Attwood, S., Parsons, S. L., Loft, D., Lagergren, J., Moayyedi, P., ... de Caestecker, J. (2014). British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus. *Gut*, 63(1), 7–42. <https://doi.org/10.1136/GUTJNL-2013-305372>
7. Shaheen, N. J., Falk, G. W., Iyer, P. G., & Gerson, L. B. (2016). ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. *The American Journal of Gastroenterology*, 111(1), 30–50. <https://doi.org/10.1038/AJG.2015.322>

Capítulo 3

MANEJO DE HIPERPOTASEMIA

AMPARO SÁNCHEZ ROMERO

JUAN PABLO GÁMEZ ESPAÑA

1 Introducción

La hiperpotasemia es una alteración iónica potencialmente mortal que cada vez más se observa en nuestros pacientes, especialmente aquellos pluripatológicos y crónicos complejos, pudiendo provocar arritmias letales que aumentan la morbilidad y mortalidad de la población.

Los niveles de potasio se ven afectados según el estado ácido-base del paciente, por lo que, en general, la acidosis metabólica se asocia con hiperpotasemia y la alcalosis con hipopotasemia.

Con cada variación de 0,1 en el valor de pH se produce una modificación en los niveles de potasio en torno a 0,6 mEq/L.

Los trastornos del metabolismo del potasio se encuentran entre las alteraciones electrolíticas más frecuentes en la práctica clínica, siendo importante para su resolución tener en cuenta la fisiopatología del potasio, como son los mecanismos de excreción del potasio.

Dos son los elementos fundamentales que condicionan la excreción de potasio:

- Generación de un gradiente eléctrico transcelular negativo gracias a la reabsorción de Na desde la luz a la célula por los canales ENaC ENaC: Epitelial Na Channel y a la actividad de la bomba Na-K-ATP-asa basocelular.
- Presencia de un número suficiente de canales de K en la membrana luminal y que transportan K a la luz tubular. El canal más importante en condiciones fisiológicas es el ROMK. En condiciones de un elevado flujo tubular renal también se activa el canal BK).

2 Objetivos

- Definir concepto de hiperpotasemia.
- Determinar los distintos tipos de etiología de la hiperpotasemia.
- Exponer signos clínicos sugerentes de hiperpotasemia.
- Conocer el tratamiento de la hiperpotasemia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos , como son: Scielo, Pubmed, Fistera, Up to Date. Las palabras clave utilizadas fueron los siguientes descriptores: hiperpotasemia, potasio, atención extrahospitalaria, urgencias, tratamiento, diagnóstico, clínica, concepto.

4 Resultados

Según los datos obtenidos en la búsqueda realizada, se define la hiperpotasemia como la alteración electrolítica más importante por su potencial gravedad letal, ya que puede producir arritmias ventriculares mortales y parada cardíaca.

Se define la hiperpotasemia como la presencia de una concentración de potasio (K) plasmático superior a 5,5 mEq/l. Se clasifica en hiperpotasemia leve (K: 5,5-5,9 mEq/l), moderada (K: 6,0-6,4 mEq/l) o grave (K: >6,5 mEq/l).

Las causas de hiperpotasemia pueden ser por pseudohiperpotasemia (muestra hemolizada, procesado de muestra largo, torniquete muy apretado...), aporte excesivo de potasio en paciente con insuficiencia renal, disminución de la eliminación renal o paso del potasio al líquido extracelular.

- 1.- Aumento de la ingesta o de generación de potasio con insuficiencia renal.
- 2.- Disminución de la eliminación renal de k: Inhibición del sistema renina angiotensina vs Inhibición/resistencia de la acción mineralcorticoide.

* Insuficiencia suprarrenal (Enfermedad de Addison).

- Insuficiencia renal.
- Hipoperfusión (diuréticos, déficit sódico, hipotensión).
- Fármacos (IECAs-ARA II, Espironolactona, Amiloride, AINES).

- 3.- Paso del potasio al líquido extracelular :

*Distribución transcelular de potasio (paso de intracelular a extracelular: plasma).

* Destrucción tisular : (quemaduras, traumatismos, rabdomiólisis)

*Déficit de insulina, hiperglucemia grave.

*Fármacos: Digoxina, betabloqueadores.

En cuanto a la clínica, existe escasa correlación entre la clínica y las cifras de potasio, de manera que en pacientes con hiperpotasemia crónica las manifestaciones ocurren a menudo cuando la concentración de potasio sérico está por encima de 7, pero en aquellos con un incremento rápido en el potasio sérico y/o alteraciones de la conducción cardíaca no conocidas puede aparecer con cifras menores.

Las variaciones de concentración plasmática de potasio originan cambios en el potencial transmembrana, reduciendo la excitabilidad y apareciendo fatiga en las células de músculo esquelético y cardíaco, órganos de mayor afectación clínica. También pueden aparecer cambios a nivel renal y endocrino relacionados con las alteraciones metabólicas asociadas a la hiperpotasemia.

El diagnóstico de la hiperpotasemia se realizará mediante análisis de sangre con $K^+ > 5,5 \text{ mEq/L}$.

Ante disociación clínico-analítica, repetir la para confirmar.

Si no es este caso, hay que valorar si puede tratarse de una pseudoalteración, es frecuente en el caso de elevación del potasio la hiperpotasemia espuria o pseudohiperpotasemia, que se debe a la hemólisis al realizar la extracción sanguínea o durante el almacenamiento y traslado de la muestra.

Siempre se debe realizar una anamnesis minuciosa, se realizará una historia clínica que aporte información sobre el consumo de fármacos, la ingesta excesiva de potasio o la presencia de patología previa, acompañado de una completa exploración física.

Desde atención extrahospitalaria, es fundamental valorar la presencia de clínica asociada, y si existen alteraciones cardíacas, por lo que es imprescindible la realización de un electrocardiograma.

Las características del electrocardiograma en la hiperpotasemia son ondas T acuminadas, intervalo PR prolongado, QT corto, QRS ensanchado y onda P plana. El tratamiento dependerá de la magnitud de la hiperpotasemia, que vendrá determinada por la severidad de la hiperpotasemia y la presencia síntomas/signos, así como la causa de la hiperpotasemia.

Los casos graves ($K > 6,5 \text{ mEq/L}$) requerirán un tratamiento urgente e intensivo, que debe ser necesariamente a nivel hospitalario. También se deben derivar aquellos casos sintomáticos o con alteraciones en ECG a pesar de tener $K < 6,5 \text{ mEq/L}$.

La actuación a seguir ante hiperpotasemia grave aguda es:

☒ Suspender los fármacos que puedan favorecer la hiperpotasemia (IECA, ARA II, AINES, sales de potasio).

☒ Contrarrestar los efectos a nivel cardíaco (en hiperpotasemia aguda).

☒ Gluconato cálcico (para estabilización membrana celular).

☒ Redistribuir el potasio desplazándolo al espacio intracelular: Bicarbonato sódico (si acidosis metabólica). Insulina y suero glucosado, Salbutamol inhalado.

☒ Lograr un balance externo de K⁺ negativo eliminándolo: Furosemida si la perfusión es buena, restableciendo el flujo renal si hipoperfusión (suero fisiológico). Uso de resinas de intercambio (resincalcio). Finalmente, uso de diálisis.

En los casos leves (K 5,5-5,9 mEq/l) o moderados asintomáticos con electrocardiograma normal, se debe limitar el potasio en la dieta (zumos y frutas) y suspender los fármacos que aumenten su nivel.

En las situaciones que no se normalizan los valores de potasio, se administrarán resinas de intercambio iónico.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha visto tras la revisión descrita previamente, la hiperpotasemia es una alteración iónica potencialmente mortal.

Es fundamental la prevención para evitar desencadenar hiperpotasemias, por lo que resulta de vital importancia la revisión de fármacos favorecedores de alteraciones del potasio, especialmente en pacientes con factores de riesgo, polimedicados y crónicos complejos.

Ante un electrocardiograma patológico sugerente de alteración del potasio, es necesario canalizar vía venosa periférica, comenzar con tratamiento descrito anteriormente y trasladar al paciente a urgencias hospitalarias, monitorizado y con desfibrilador disponible por si fuera necesario su uso por aparición de ritmo desfibrilable en el paciente con hiperpotasemia.

6 Bibliografía

1. De Sequera Ortiz P. Trastornos del Potasio | Nefrología al día [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-trastornos-del-potasio-201>
2. Guía clínica de Hiperpotasemia [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hiperpotasemia/>
3. Fuentes Merlos Á, Garrido Navarro F, López-Bas Valero R, Fuentes Merlos Á, Garrido Navarro F, López-Bas Valero R. Abordaje de la hiperpotasemia: desde urgencias a la unidad de hospitalización domicilio. Hospital a Domicilio. junio de 2021;5(2):125-30.

4. Alteraciones del potasio (AMF 2020) A partir de un síntoma [Internet]. 2020 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2703
5. Górriz, JL. Abordaje diagnóstico y terapeutico de hipocalemia e hipercalemia. Riesgo CV, HTA y DM [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.semergencv.com/docs/cursoCARE13.pdf>

Capítulo 4

AMENORREA PRIMARIA Y SECUNDARIA. DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA

RAQUEL EIRAS LEAL

ALBA PENELA CARRASCO

1 Introducción

La amenorrea se define como la ausencia de sangrado menstrual y no es una patología por sí misma, si no que constituye la manifestación clínica de un trastorno subyacente. Tiene lugar en un 3-5% de las mujeres. Se puede clasificar de diferentes maneras:

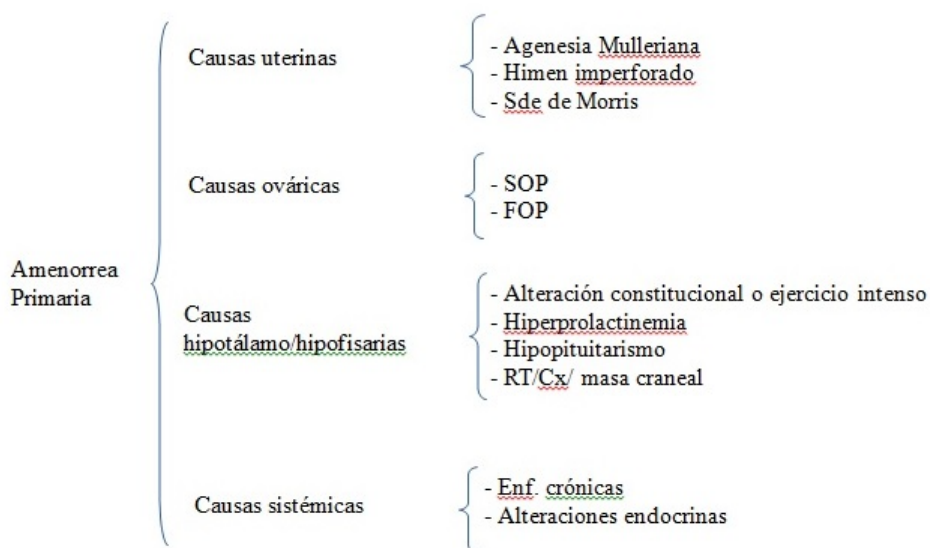
1) En función del momento de su presentación, la amenorrea se clasifica en primaria o secundaria:

- Amenorrea primaria: se define como la ausencia de menstruación a los 16 años en presencia de otras características sexuales secundarias, o cuando la menstruación no se ha producido a los 14 años en ausencia de características sexuales secundarias. Tiene una incidencia de un 0,1%. Un 60% son debidas a anomalías genéticas que afectan al desarrollo genital mientras que el 40% restante son debidas a un trastorno endocrinológico.
- Amenorrea secundaria: se define en el contexto de una adolescente que ya ha presentado alguna menstruación, como la desaparición de las mismas por un período superior a 6 meses. Su incidencia es del 0,7%.

La causa de la amenorrea tanto primaria como secundaria puede estar en cualquier lugar del eje hipotálamo-hipófisis-ovario-endometrio.

2) En función de dónde se encuentre la alteración del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal-genital se puede clasificar en:

- Amenorrea central: Hipotálamo-hipofisaria, secundaria a hiperprolactinemia
- Amenorrea gonadal: Fallo ovárico, síndrome de ovario poliquístico
- Amenorrea genital: Útero, vagina.



2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es doble:

- Entender la definición y concepto de amenorrea
- Conseguir diferenciar amenorrea primara y secundaria, su diagnóstico y sus posibles etiologías.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, UptoDate, así como Google académico, seleccionando aquellos artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La amenorrea primaria puede tener su origen en distintos niveles. Puede ser provocada por causas uterinas: Síndrome de Rokitansky, himen imperforado o Síndrome de Morris. Puede ser debida a causas ováricas como el síndrome de ovario poliquístico o el fallo ovárico prematuro. Puede ser por causas hipotálamo-hipofisarias: Por pérdida brusca de peso, ejercicio intenso, retraso constitucional, hiperprolactinemia, hipopituitarismo, radioterapia o cirugía craneal o tumor cerebral. Por último puede ser debida a causas sistémicas como algunas alteraciones endocrinas o enfermedades crónicas de larga evolución.

La amenorrea secundaria también puede tener su origen en distintos niveles. Puede ser provocada por causas uterinas: Sde de Asherman, estenosis cervical o endometritis. Puede ser debida a causas ováricas como el síndrome de ovario poliquístico o el fallo ovárico prematuro (por causas genéticas, radioterapia, quimioterapia o infecciosas). Puede ser por causas hipotalámicas: Por pérdida brusca de peso, ejercicio intenso o anorexia. Puede ser debida a causas hipofisarias: Por un aumento de la prolactina, hipopituitarismo, Sde de Sheehan, tumor o lesiones cerebrales o radioterapia. También puede ser por causa sistémica: Enfermedades endocrinas o Lupus Eritematoso Sistémico. Por último puede ser debida a algunas drogas y fármacos: Opiáceos, fármacos psicotropos, progesterona o análogos de la GnRh

Para poder diferenciar entre amenorrea primaria y secundaria, así como clasificar la causa de amenorrea y poder hacer un buen diagnóstico diferencial, ante una paciente que acude a la consulta dividiremos la consulta en una anamnesis detallada, exploración física y pruebas diagnósticas.

- Anamnesis: Iniciaremos la entrevista preguntando acerca de antecedentes personales, alergias, enfermedades o cirugías previas. Haremos hincapié en pa-

tologías del sistema endocrino como puede ser la diabetes o las enfermedades tiroideas, sus curvas de crecimiento hasta la fecha y el desarrollo de los estadios de Tanner. Haremos también una anamnesis ginecológica que deberá incluir la edad de la menarquia, la fecha de la última regla, los embarazos si los hubiera y el patrón menstrual previo a la amenorrea. También debemos saber si ha llevado a cabo cambios en su estilo de vida, ejercicio, dieta, estrés... Por último debemos conocer antecedentes familiares de primer grado, enfermedades genéticas y si se ha tomado alguna medicación durante el embarazo de la paciente.

- **Exploración física:** Para continuar con el diagnóstico de amenorrea realizaremos una exploración física completa y por aparatos. Empezaremos por evaluar la TA, talla, peso e IMC, los estadios de Tanner, valoración dermatológica, neurológica, mamaria, tiroidea, palpación abdominal e inguinal y un examen ginecológico comprobando la permeabilidad himeneal, el estrogenismo de las mucosas, clítoromegalia y realizaremos un tacto bimanual.

Como pruebas diagnósticas en primer lugar realizaremos una ecografía ginecológica comprobando la integridad del aparato genital interno y midiendo la línea endometrial.

Seguidamente pasaremos a realizar determinaciones analíticas generales, valorando algunas más específicas en función de los hallazgos. Lo primero que debemos descartar es la gestación. Seguidamente haremos una analítica hormonal básica que incluya FSH, LH, estradiol, prolactina y TSH.

En caso de una hiperprolactinemia debemos descartar que sea fisiológica (embarazo, lactancia, estrés, sueño...), patológica (hipotiroidismo, herpes zóster, traumatismo torácico...), o iatrogénica. Una vez descartado lo anterior deberemos pensar en una amenorrea central y solicitar una RMN del sistema nervioso central.

En caso de una FSH elevada estaremos ante un caso de amenorrea gonadal por un fallo ovárico precoz o hipogonadismo hipergonadotropo. En estos casos deberemos solicitar un cariotipo y un estudio de la X frágil. Si se tratase de una amenorrea primaria podríamos estar ante un síndrome de Turner o una disgenesia gonadal. Si fuese una secundaria podría tratarse de una alteración genética, autoinmune, infecciosa o iatrogénica.

Cuando la FSH es normal o baja podemos hacer un test de gestágenos, que consiste en la administración de acetato de medroxiprogesterona o progesterona natural micronizada y observaremos si se produce sangrado, si es así confirmaremos la integridad del canal genital y posiblemente estaremos ante un SOP.

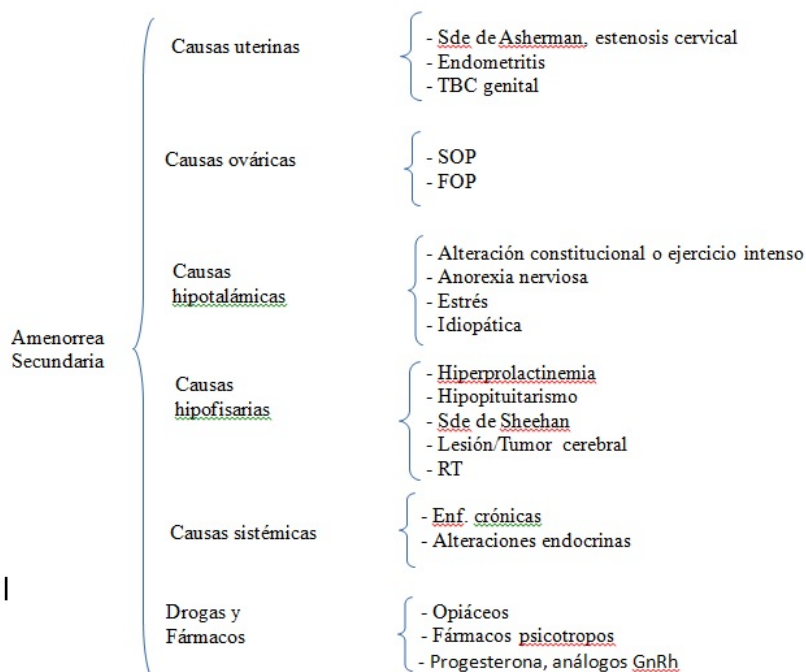
Si el test de gestágenos es negativo y el endometrio es menor de 5 mm podemos hacer un test de estrógenos-progesterona, que mira si se produce sangrado tras

la administración de valerato de estradiol + progesterona natural micronizada o norgestrel.

Si se produce sangrado debemos descartar una amenorrea hipotálamo-hipofisaria. Las que causan amenorrea primaria son los hipogonadismos hipogonadotropos, destacamos la pérdida de peso, el ejercicio intenso, las alteraciones genéticas, el hipopituitarismo, la patología del SNC e iatrogenia . De entre las que causan amenorrea secundaria distinguimos la amenorrea hipotalámica funcional, que es un hipogonadismo hipogonadotropo por ejercicio intenso, estrés, pérdida de peso o anorexia nerviosa ; y las causas hipofisarias como las hipopituitarismo, el sde de Sheehan, la patología del sistema nervioso central, sarcoidosis, tuberculosis o iatrogenia.

En cambio si el test es negativo y no se produce sangrado estaremos ante una amenorrea genital. Si se tratara de una amenorrea primaria podríamos estar ante un himen imperforado, un síndrome de Morris o un síndrome de Rokitansky.

Si es secundaria puede ser un síndrome de Asherman, una estenosis cervical, una tuberculosis genital o bien una endometritis.



5 Discusión-Conclusión

La amenorrea se define como ausencia de sangrado menstrual. Dependiendo de si ya apareció menstruación en algún momento o no se puede clasificar en amenorrea secundaria o primaria.

En función de a qué nivel se encuentre la causa de amenorrea se puede considerar central (hipotálamo-hipofisaria), gonadal (cuando la alteración se encuentre en el ovario) o genital (si es provocada por una alteración en el útero o vagina). Para poder diferenciar tanto el tipo de amenorrea como en dónde se encuentra la alteración será preciso realizar una anamnesis cuidadosa, una exploración física completa, una ecografía ginecológica, determinaciones analíticas generales y analítica hormonal. En función de los resultados de estas pruebas optaremos por completar el estudio o pautar tratamiento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 5

COMPLICACIONES VASCULARES EN EL TRASPLANTE RENAL Y ANÁLISIS ULTRASONOGRÁFICO

EDUARDO JOSUÉ BANEGAS DERAS

LUIS MARÍA BRAVO GONZÁLEZ-BLAS

1 Introducción

Uno de los aspectos fundamentales en la valoración ecográfica del trasplante renal es, sin duda alguna, el doppler espectral. Esta modalidad permite estudiar la velocidad del flujo sanguíneo. La onda de velocidad de flujo se muestra como una curva espectral que se registra en forma de gráfica con la unidad de tiempo en el eje de las abscisas y la velocidad en eje de ordenadas.

El análisis de la morfología de la onda doppler depende del tipo de vaso estudiado. La onda de velocidad de flujo de las arterias elásticas de alta resistencia como por ejemplo la aorta, carótida, iliacas y femoral muestran una curva espectral trifásica con un primer componente correspondiente a la sístole cardíaca, una inversión precoz en diástole y finalmente una nueva onda positiva.

Por el contrario, las arterias viscerales muestran una curva espectral de baja resistencia y monofásica, predominantemente positiva o anterógrada con componente sistodiastólico.

Cualquier alteración de la onda de velocidad de flujo o cambio en su morfología indica patología que según el contexto clínico puede indicar gravedad. Una metodología secuencial de estudio evita en la mayoría de lo posible pasar por desapercibido una alteración anatómica o vascular que podría tener consecuencia directa en el manejo clínico del paciente.

2 Objetivos

- Conocer las principales complicaciones vasculares en el trasplante renal
- Analizar la correlación imagenológica y criterios ecográficos de las complicaciones vasculares
- Metodología sistemática de análisis ecográfico en el trasplante renal

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales complicaciones vasculares en el trasplante renal. Se ha identificado las principales características ultrasonográficas de cada complicación del injerto renal y su presentación clínica. Se analiza la importancia de incorporar el ultrasonido en la práctica clínica de nefrología.

4 Resultados

1. Necrosis tubular y rechazo agudo del injerto renal

Ambas condiciones precisan de una correlación anatomopatológica. Los hallazgos ecográficos no pueden diferenciar entre necrosis tubular aguda o rechazo del injerto. Las características ultrasonográficas aparecen días después de que se haya establecido la lesión renal y pueden incluir pérdida de la diferenciación cortico medular, aumento de la ecogenicidad cortical, aumento del tamaño del injerto debido a la inflamación. El doppler espectral resulta útil para monitorizar el grado de resistencia al flujo. Se estima que un IR $>0,75$ o IP $> 1,8$ son valores anormales y por tanto precisan vigilancia periódica. Tanto la necrosis tubular aguda como el rechazo agudo elevan los IR e IP, no obstante, se debe tener en cuenta otras condiciones patológicas en el diagnóstico diferencial.

2. Estenosis de la arteria renal

La estenosis de la arteria renal del injerto suele ocurrir a nivel de la anastomosis quirúrgica y dependiendo de su gravedad puede suponer una reducción del flujo sanguíneo intraparenquimatoso y deterioro de la función renal. Aunque es importante explorar la arteria renal desde la anastomosis hasta el hilio, en pacientes vasculópatas puede existir estenosis a nivel de la arteria iliaca externa debido a placas de ateroma que condicionan aumento de la resistencia al flujo del injerto renal. Por lo tanto es buena práctica evaluar el trayecto de la arteria iliaca.

Se puede sospechar de una estenosis cuando en el modo color se visualiza una zona de aliasing en el vaso que de forma indirecta traduce un aumento en la

velocidad del flujo a ese nivel. Se recomienda valorar en el modo espectral toda zona de aliasing a nivel de la arteria renal para calcular la velocidad pico sistólica (VPS), criterio indispensable para el diagnóstico de estenosis.

La VPS a nivel de la arteria renal empieza a ser significativa a partir de 180-200 cm/seg dato que podría corresponder con una estenosis aproximadamente del 50-60%. Sin embargo, para que una estenosis de la arteria renal sea clínicamente relevante debe acompañarse de cambios en la morfología de la onda espectral en las arterias intraparenquimatosas del injerto.

Una curva “parvus tardus” en las arterias lobares normalmente traduce una estenosis con repercusión hemodinámica. El tiempo de aceleración de este tipo de onda es lenta y prolongada normalmente mayor de 70 ms, con índices de resistencias menores de 0,6.

Criterios ecográficos de estenosis de la arteria del injerto renal

Velocidad pico sistólica a nivel de la estenosis >180 cm/seg

Curva tardus parvus a nivel de las arterias lobares

Tiempo de aceleración en arterias lobares >70 ms

Índice de resistencia menor de 0,6 a nivel intraparenquimatoso

Zona de aliasing en la arteria renal

3. Trombosis de la arteria renal

Es una complicación infrecuente pero potencialmente grave. Suele ser irreversible con alta probabilidad de trasplantectomía. Puede ocurrir de forma silente o asociado a inestabilidad hemodinámica. Es más frecuente en los primeros días del post trasplante. La característica ecográfica principal es la ausencia de señal color y flujo espectral en la arteria renal e intraparenquimatoso. Se recomienda configurar el RPF a la velocidad más baja posible e intensificar la señal color que capte los ecos que se acerquen al transductor. De esta manera se aumenta la sensibilidad para identificar el menor flujo arterial posible. Es importante verificar que el botón filtro esté lo más bajo posible ya que una configuración alta podría simular la falta de llenado intravascular.

4. Trombosis de la vena renal

Es una complicación urgente que puede aparecer en el post operatorio inmediato pero es más frecuente del tercer al octavo día de un trasplante renal. Dependiendo de la velocidad de instauración puede acompañarse de dolor en zona del injerto, edema renal, hematuria, deterioro de la función renal y disminución del ritmo de diuresis. No es infrecuente la clínica asintomática. La sospecha diagnóstica se basa cuando en el modo color hay ausencia de flujo venoso. Si la trombosis no es total podría existir fluctuaciones en la velocidad de la onda venosa en el modo espectral. El injerto puede estar aumentado de tamaño sin embargo el diagnóstico

ecográfico de la trombosis de la vena renal se basa en el estudio de la morfología de la onda espectral arterial mostrando una inversión del flujo diastólico.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del conocimiento anatómico del injerto renal y su identificación en el ultrasonido es cada vez mas importante para reconocer de manera precoz complicaciones vasculares. El ultrasonido es una herramienta útil al no ser invasiva y poder realizarse a pie de cama del paciente. Analizar las principales características ultrasonográficas de las complicaciones inmediatas del post operatorio de un trasplante renal es una practica habitual y orienta al médico en la toma de decisiones. Con esta revisión bibliográfica se pretende resumir los hallazgos ultrasonográficos mas habituales de las complicaciones vasculares. El análisis del doppler espectrales fundamental en el post trasplante renal.

6 Bibliografía

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

Capítulo 6

SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

ALBA PENELA CARRASCO

ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA

RAQUEL EIRAS LEAL

1 Introducción

El síndrome de ovario poliquístico es la enfermedad endocrino-metabólica más prevalente en mujeres premenopáusicas.

La prevalencia mundial oscila entre el 6-15% dependiendo de las series estudiadas. Su etiopatogenia es compleja, y en gran parte aún desconocida. Se cree que influyen factores genéticos, epigenéticos y ambientales. La base genética es importante, si bien es cierto, que por sí sola no sería capaz de poner de manifiesto la sintomatología típica del SOP.

Los criterios de Rotterdam son la base para el diagnóstico y existen varias formas clínicas de presentación que debemos conocer y saber diferenciar.

No hay un tratamiento etiológico, la base es tratar los síntomas y signos derivados del hiperandrogenismo, disfunción ovárica y complicaciones metabólicas asociadas con el síndrome.

Es fundamental conocer dicho síndrome así como sus criterios diagnósticos y su manejo terapéutico en la práctica clínica habitual para así intentar poner en marcha medidas para mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes y también intentar reducir las complicaciones derivadas de su conocida asociación con el

conocido como síndrome Metabólico, entre las que destaca entidades tan relevantes como son: Diabetes, hipertensión u obesidad.

Debemos tener en cuenta que es un Síndrome muy frecuente y que abarca a un gran número de profesionales sanitarios en su manejo, de ahí la importancia de conocerlo de forma adecuada

2 Objetivos

- Conocer los criterios diagnósticos del SOP.
- Describir las sus formas incompletas y conocer el tratamiento del mismo.

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 SOP es, hoy en día, la endocrinopatía mas prevalente en mujeres en edad fértil. Con el objetivo de definir la entidad, en 2003, la Sociedad Española de Reproducción Humana y la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva publicaron los llamados criterios de Rotterdam, que hoy en día constituyen la base del diagnóstico de esta entidad.

Son necesarios dos de los tres criterios para establecer el diagnóstico de SOP

- Hipernadrogenismo clínico y/o bioquímico: El clínico se suele manifestar como hirsutismo (exceso de vello terminal en zonas dependientes de andrógenos), menos frecuentemente como alopecia androgénica o acné. El bioquímico suele verse por elevación de testosterona libre, DHEAS....
- Disfunción ovulatoria: Podría manifestarse como presencia de ciclos largos, de más de 35 días o la presencia de menos de 8 ciclos anuales asi como la presencia de amenorrea de más de tres meses con test de gestación negativo.
- Ecografía con morfología sugestiva de SOP: Volumen ovárico superior a 10 cc o presencia de más de 12 folículos antrales (2-9 mm) en ausencia de cuerpo lúteo

o quiste dominante. Sería suficiente la presencia de alguno de estos factores en uno de los ovarios para establecer el diagnóstico.

Existen cuatro fenotipos característicos de SOP:

- Fenotipo A: El más frecuente. 40-70%. Forma más clásica. Hiperandrogenismo + Disfunción ovulatoria + patrón ecográfico
- Fenotipo B: Clásico sin patrón ecográfico. 7-40%. Hiperandrogenismo + disfunción ovulatoria sin patrón ecográfico típico
- Fenotipo C: Ovulatorio. 7-10%. Patrón ecográfico típico + hiperandrogenismo. No disfunción ovulatoria.
- Fenotipo D: Sin hiperandrogenismo. 7-16%. Patrón ecográfico típico + disfunción ovulatoria. No hiperandrogenismo.

Etiología: Se sabe que tiene cierta agregación familiar, sugiriendo un posible factor genético implicado, sin embargo, dada asociación de SOP con elevación de insulina y resistencia insulínica se intuyen también la importancia de factores ambientales como la obesidad, el aumento de grasa abdominal, o el incremento de resistencia a la insulina (de ahí la asociación con síndrome metabólico).

Lo que se cree es que en el SOP existe un círculo vicioso en el que el exceso androgénico, tanto a nivel ovárico como a nivel suprarrenal supone un incremento de la resistencia a la insulina, lo que se traduce en aumento de síntesis de insulina de forma compensadora, lo que a su vez puede ayudar a alterar la pulsatilidad de la LH (aumenta frecuencia y amplitud de pulsos de LH), aumentar la expresión de receptores de LH en la superficie ovárica (mayor síntesis de andrógenos). Lo que se traduce en, de nuevo, mayor síntesis de andrógenos y alteraciones a nivel de los pulsos de GnRH con insuficiente estimulación ovárica por parte de FSH y menor efecto AHM

Diagnóstico:

Es fundamental una anamnesis completa, con exploración física completa, prestando especial atención a los hallazgos que sugieran complicaciones metabólicas (ej: acantosis nigricans)

Será también relevante la realización de una analítica con perfil hormonal (ideal en primera fase), así como perfil hepático y lipídico.

Si IMC > 27 se recomienda SOG con 75 gr para valorar resistencia insulínica.

Tratamiento:

El tratamiento debe ser siempre individualizado.

- 1) Lo primero deberíamos actuar sobre los factores ambientales que influyen en el síndrome, siendo fundamental actuar sobre el estilo de vida de las pacientes, intentando reducir su peso. Se está estudiando la posibilidad de añadir ácidos grasos omega 3 al tratamiento inicial, de momento se sabe que no influyen en

el IMC ni tampoco en los niveles de PRL ni hormonas sexuales, sin embargo si bajan los niveles de insulina en ayunas, mejoran resistencia insulínica y elevan la adiponectina (con efecto antiinflamatorio, protector vascular y cardioprotector). Una reducción de un 7% del peso corporal puede contribuir de forma importante a restaurar ciclos ovulatorios, y por tanto mejorar la fertilidad

-2)Metformina. Sería un tratamiento de segunda línea. Se cree que es capaz de normalizar el ciclo en un 30-50% de los casos. Se reservaría para casos en los que exista contraindicación para ACH, o si existe intolerancia a la glucosa o DM2

-3)Tratamiento hormonal: Fundamental para tratar las manifestaciones físicas de la elevación de andrógenos así como para prevenir hiperplasia endometrial (si disfunción ovulatoria grave), así como para aumentar la fertilidad y tratar o prevenir el síndrome Metabólico asociado

-ACH: Primera línea. Lo ideal sería la administración conjunta de un estrógeno con un progestágeno de perfil antiandrogénico (acetato de ciproterona, drospirenona, clormadinona) + estrógeno natural con progestágeno

-Desogestrel.

-Progesterona micronizada 200 mg/día durante 10 días o Acetato de Medroxiprogesterona 10mg/día durante 10 días

-4)Antiandrógenos:

-Antagonista del receptor de andrógenos: Acetato de Ciproterona. 50-100mg al día los diez primeros días de ciclo

-Antagonistas del receptor de mineralocorticoides: Espironolactona 100mg/24h

-Inhibidores de 5-reductasa. Finasteride. 5 mg/24 horas. Se emplea para este uso fuera de ficha técnica.

El tratamiento se basa en modificación de estilo de vida + ACH. Si no existe respuesta tras seis meses de tratamiento se puede valorar añadir antiandrógenos. Si existe deseo gestacional será fundamental el tratamiento de los factores ambientales pudiendo asociar coitos dirigidos o, si es necesario, la inducción de la ovulación.

5 Discusión-Conclusión

El SOP es una alteración frecuente y a veces desconocida. Es muy importante tener claro los criterios diagnósticos así como la existencia de diferentes fenotipos dentro de la misma entidad para evitar infradiagnósticos.

Será fundamental también descartar otras posibles causas de hiperandrogenismo subyacentes, que pueden pasar desapercibidas y ser potencialmente graves, por

ejemplo, existencia de tumor productor de andrógenos.

No existe un tratamiento etiológico de ahí la importancia de un tratamiento individualizado en cada caso que será fundamental para mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes y para intentar reducir el riesgo metabólico que se asocia a este síndrome, derivado en su mayor parte, del incremento a la resistencia insulínica.

6 Bibliografía

- 1.SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
- 2.SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD.
- 3.Robert L Barbieri, MD, David A Ehrmann, MD, Metformine for treatment of the polycystic ovary syndrome. Apr 30.2021. UpToDate. Avaliable from.
- 4.Robert L Barbieri, MD, David A Ehrmann, MD, Treatment of polycystic ovary syndrome in adults. May 10.2022. UpToDate. Avaliable from.
- 5.Robert L Barbieri, MD, David A Ehrmann, MD, Diagnosis of polycystic ovary syndrome in adults. May 2.2022. UpToDate. Avaliable from.
- 6.Ricardo Azziz, MD, MBA, MPH. Epidemiology, phenotype, and genetics of the polycystic ovary syndrome in adults. Jun 16, 2021. UpToDate. Avaliable from.
- 7.Venciendo al síndrome de ovario poliquístico con intervenciones en el estilo de vida. A.Ruiz-García. Medicina de Familia. SEMERGEN, 2022-04-01, Volumen 48, Numero 3, Páginas 151-153.
- 8.Síndrome de ovario poliquístico. Paula Díaz Rodriguez. FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 2019-11-01, Volumen 26, Numero 9, Páginas 503-506
- 9.Suplementación de ácidos grasos omega-3 y adiponectina plasmática en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. Jorly Mejia-Montilla, Eduardo Reyna-Villasmil, Lorena Dominguez-Brito, Carmen Naranjo-Rodriguez, Delia Noriega-Verdugo, María Padilla-Samaniego, Vanessa Vargas-Olalla. Endocrinología, Diabetes y Nutrición, 2018-04-01, Volumen 65, Número 4, Páginas 192-199.
- 10.Síndrome de ovario poliquístico en la mujer adulta. Andrés E. Ortiz-Flores, Manuel Luque-Ramírez, Héctor F. Escobar-Morreale. Medicina Clínica, 2019-06-07, Volumen 152, Número 11, Páginas 450.457.

Capítulo 7

LAS CANALOPATÍAS Y SUS CIRCUNSTANCIAS

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

ZOSER SAURA CARRETERO

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

1 Introducción

El Síndrome de Brugada es una entidad clínica de descripción relativamente reciente.

Se trata de una enfermedad de causa genética, si bien, no se conocen todas las posibles mutaciones causales. Su prevalencia es variable entre áreas geográficas y presenta importante agregación familiar, siendo frecuente encontrar varios casos en un mismo núcleo.

Las mutaciones genéticas en esta entidad, condicionan defectos del funcionamiento de los canales que regulan el equilibrio iónico en el miocardio, considerándose por tanto una enfermedad de estos canales o "canalopatía".

La alteración de los canales iónicos que regulan la despolarización y repolarización, predisponen al desarrollo de arritmias ventriculares que son potencialmente letales, y causa frecuente de muerte súbita.

Desde el conocimiento de esta entidad, se relaciona con cada vez mayor número de muerte súbita, especialmente en varones y en edades precoces.

El diagnóstico del Síndrome de Brugada se basa en los hallazgos electrocardiográficos y en la historia clínica. Este puede ser complejo, de hecho, los criterios diagnósticos se han revisado recientemente.

Se requiere la evidencia de, al menos, un ECG con las alteraciones típicas. Uno de los problemas fundamentales estriba en que tales alteraciones no siempre están presentes en condiciones basales, pero sí pueden inducirse por diferentes circunstancias, exposiciones, fármacos...

2 Objetivos

Ilustrar el reto que supone el diagnóstico electrocardiográfico del Síndrome de Brugada por la variabilidad de su expresión electrocardiográfica en diferentes situaciones y la posibilidad de desenmascarar la enfermedad en circunstancias concretas.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente joven.

Varón de 35 años. Sin cardiopatía previa conocida y sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés. Como antecedentes familiares, destaca el fallecimiento de su padre de forma súbita a los 55 años, sin causa aclarada.

Sin haberse realizado estudio del padre, el paciente sí fue valorado hace 3 años en consultas de Cardiología. En el estudio, no había presentado nunca clínica de dolor torácico, disnea o palpitaciones y nunca había presentado episodio sincopal. Se recoge en la historia la presentación frecuente de cuadros presincoales con los cambios posturales en periodo estival que impresionaban, por su forma de presentación de neuromediados. Las pruebas complementarias realizadas (Electrocardiograma, registro Holter de 24 horas y ecocardiograma) transtorácico fueron normales.

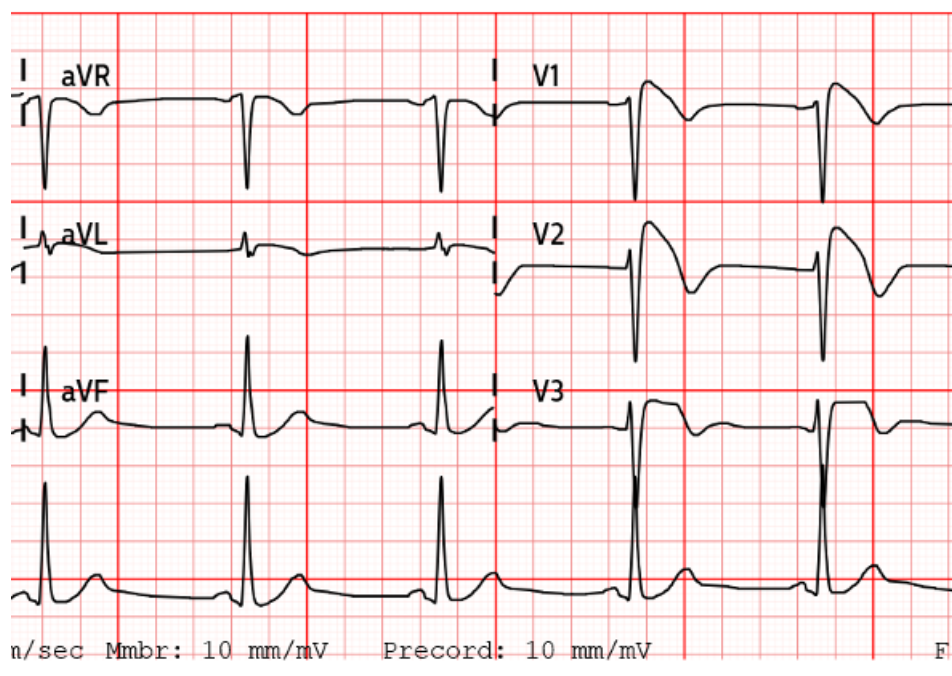
Consultó en Urgencias por cuadro de fiebre de hasta 40°C de 3 días de evolución asociada a dolor en hipocondrio derecho con náuseas y vómitos, así como malestar general, habiéndose encontrado previamente completamente as-

intomático. Valorado por el servicio de cirugía general, se realizó el diagnóstico de colecistitis aguda complicada y se llevó a cabo una colecistectomía urgente con buen resultado.

Durante su estancia en urgencias, además se realizó el ECG adjunto (Fig. 1), y ante los hallazgos en el mismo, diferentes a los de registros previos, se contactó con Cardiología.

Los hallazgos electrocardiográficos son compatibles con patrón de Brugada. Se indicó control estricto de temperatura durante el episodio, se proporcionaron indicaciones sobre fármacos y situaciones a evitar y se indicó derivación para continuar estudio una vez resuelto el episodio actual. Se realizó un seguimiento estrecho del paciente durante todo el ingreso.

El paciente, que no presentaba alteración en pruebas complementarias en situación basal, al presentar fiebre, desarrolla o demuestra en el ECG las alteraciones compatibles y diagnósticas de la enfermedad.



4 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Brugada es una entidad frecuente en nuestro medio por la agrupación familiar.

Se trata de una enfermedad potencialmente letal por el desarrollo de arritmias ventriculares.

Su diagnóstico, que puede ser complejo, se realiza ante los hallazgos electrocardiográficos cuya presentación puede ser dinámica. Es relativamente frecuente que el ECG de los pacientes sea normal en condiciones basales, pero desenmascare el patrón típico con determinados fármacos o circunstancias (como el alcohol o la fiebre, en este caso).

El patrón inducible es igualmente diagnóstico de la enfermedad y, en presencia de síncope, podemos realizar en diagnóstico de Síndrome de Brugada.

Habrà que completar el estudio, valorar el riesgo arritmico y evitar potenciales desencadenantes de arritmias como fiebre, alcohol y algunos fármacos.

5 Bibliografía

- 1.- Benito B, Brugada J, Brugada R, Brugada P. Síndrome de Brugada. Rev Esp Cardiol. 2009; 62 (11): 1297-1315. doi : 10.1016/S0300-8932(09)73082-9
- 2.-Brugada J, Campuzano O, Arbelo E, Sarquella-Brugada G, Brugada R. Present Status of Brugada Syndrome: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2018; 72(9): 1046-59. doi:10.1016/j.jacc.2018.06.037

Capítulo 8

INSUFICIENCIA CARDÍACA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

ZOSER SAURA CARRETERO

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

1 Introducción

La insuficiencia cardiaca es un síndrome clínico por el cual el corazón no es capaz de suplir las necesidades metabólicas del organismo, o si lo hace, es a costa de un aumento de las presiones de llenado.

Esto produce una serie de signos y síntomas, a través de los cuales se puede presentar el paciente en urgencias. Reconocerlos es importante para esclarecer un diagnóstico de sospecha adecuado iniciando un estudio precoz y un tratamiento específico. Para ello, se debe realizar una historia detallada de los antecedentes del paciente para ver si existen factores de riesgo de desarrollo de insuficiencia cardiaca, como la hipertensión arterial, la diabetes, entre otras.

Para establecer el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, los criterios de Framingham son una excelente herramienta diagnóstica. Estos se clasifican en mayores y menores de tal manera que se puede establecer el diagnóstico de insuficiencia cardíaca cuando existen al menos un criterio mayor y dos menores. Los síntomas más específicos de insuficiencia cardíaca son la ortopnea y la disnea paroxística nocturna.

La insuficiencia cardíaca es una de las patologías más prevalentes en la población mundial, aumentando a diario debido al envejecimiento. Se tiene como objetivo el aumento de la calidad de vida y la disminución de las comorbilidades en su manejo, suponiendo un gran reto en muchas ocasiones. Se presenta un caso de descompensación de insuficiencia cardíaca en urgencias.

2 Objetivos

- Revisar el manejo diagnóstico y terapéutico de la insuficiencia cardíaca aguda a través de un caso clínico de dicha patología en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.

3 Caso clínico

Mujer de 89 años, con antecedentes de HTA, Diabetes Mellitus, dislipemia, Síndrome de Apnea-Hipopnea del sueño, fibrilación auricular permanente anticoagulada con apixaban, así como en tratamiento con bisoprolol y furosemida, con cardiopatía isquémica crónica con síndrome coronario agudo sin elevación del ST hace 2 años, con enfermedad arterial coronaria de un vaso (arteria descendente anterior), con realización de revascularización mediante angioplastia percutánea con stent farmacoactivo, con buen resultado final; fracción de eyección residual del 35%.

La paciente acude a urgencias refiriendo desde el día anterior edemas de miembros inferiores, así como disnea, ortopnea y disnea paroxística nocturna asociada. Comenta recorte de diuresis asociada. No refiere dolor torácico o palpitaciones, tampoco sensación distérmica, tos o expectoración asociados.

Exploración física: buen estado general, consciente y orientada, leve taquipnea con mascarilla Venturi al 40%, afebril, normotensa. Auscultación cardíaca destaca aparición de tercer ruido, sin otros agregados. En la auscultación pulmonar

destaca crepitantes bibasales. En los miembros inferiores destacan edemas hasta región infrapoplíteas con fovea asociada. Pulsos pedios conservados y simétricos.

Pruebas complementarias: ECG en fibrilación auricular, a 80 latidos por minuto, QRS ensanchado, con bloqueo de rama derecha asociado. Analítica de sangre con pro-BNP 12000, troponina T 50, leucocitos 12000. Radiografía de tórax aparece un índice cardiotorácico aumentado, con hilos aumentados de tamaño, con infiltrados generalizados y derrame pleural bilateral. En la gasometría arterial destaca una acidosis respiratoria con insuficiencia respiratoria asociada.

Se inicia tratamiento depleitivo en urgencias, perfusión de nitratos intravenosa y ventilación no invasiva, con mejoría progresiva clínica, gasométrica y hemodinámica de la paciente. Se procede a ingresar a la paciente en el Servicio de Cardiología para completar diagnóstico y manejo terapéutico, con la sospecha de descompensación de insuficiencia cardíaca con edema agudo de pulmón.

4 Discusión-Conclusión

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad que se encuentra en aumento debido a una mayor supervivencia de muchas enfermedades cardiovasculares con el tratamiento actual. Sin embargo, pese a la mejoría en el diagnóstico y tratamiento, más del 70% fallecen a los 2 años del diagnóstico, siendo la clase funcional y la FEVI los marcadores pronósticos más importantes.

Por ello es necesario la optimización del tratamiento de nuestros pacientes e incidir en los buenos hábitos de vida, de tal forma que se disminuya la morbimortalidad de nuestros pacientes. Hoy en día están apareciendo nuevos fármacos, con el sacubitril-valsartán y los glucosúricos, con resultados prometedores para pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada.

5 Bibliografía

- Crespo-Leiro MG, Metra M, Lund LH et al. Advanced heart failure: a position statement of the Heart Failure Association of the ESC Society of Cardiology. Eur J Heart Fail 2018; 20:1505.
- Yancy CW et al. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. Circulation

2013; 128:18.

Capítulo 9

DIAGNÓSTICO DE BLOQUEO AURÍCULO VENTRICULAR COMPLETO TRAS RESULTADOS DE HOLTER

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

ZOSER SAURA CARRETERO

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

1 Introducción

Las bradiarritmias se definen por una frecuencia ventricular inferior a 60 latidos por minuto, debida a alteraciones en la generación o conducción del impulso cardíaco. Suelen ocurrir por degeneración del sistema de conducción cardíaco, aunque hay múltiples causas secundarias, por lo que será fundamental descartar causas extrínsecas reversibles debidas a fármacos como betabloqueantes, glucósidos, antagonistas del calcio o por enfermedades subyacentes.

Las bradiarritmias pueden cursar siendo asintomáticas o presentarse como una parada cardiorrespiratoria o con síntomas como síncope, disnea, astenia, o ángor.

Se debe realizar un correcto diagnóstico que incluya la relación entre síntomas y el ritmo cardíaco. Su diagnóstico fundamentalmente se realiza mediante la realización de un electrocardiograma de 12 derivaciones, aunque a veces es preciso realizar un holter o en una prueba de esfuerzo, o incluso exploraciones más invasivas como un estudio electrofisiológico o un registro electrocardiográfico intracardiaco, cuya indicación deberá ser valorada por el especialista según las características del paciente y el tipo de BAV que éste presente.

El bloqueo aurículoventricular es una interrupción parcial o completa de la transmisión de los impulsos procedentes de las aurículas a los ventrículos. En este tipo de arritmias el tratamiento consiste en la estimulación cardíaca mediante el implante de un marcapasos.

2 Objetivos

- Recalcar la importancia de una correcta anamnesis en el paciente con síncope para poder estratificar el riesgo que presenta el paciente y descartar posibles causas reversibles de la bradiarritmia.
- Señalar la importancia de descartar alteraciones electrocardiográficas que supongan un criterio de riesgo para presentar un bloqueo cardíaco avanzado, que puedan requerir ingreso hospitalario.

3 Caso clínico

Presentamos el caso clínico de un varón de 80 años, hipertenso, diabético, SAHS, que consulta en Urgencias por un episodio sincopal tras incorporarse estando previamente sentado, con presencia de pródromos, refiriendo mareo previo a la pérdida de conciencia, aunque de muy recortada duración, sin haber dado tiempo al paciente a poder sentarse. El síncope había sido presenciado por su hermana, que refería que había estado inconsciente aproximadamente 30 segundos, negando pérdida de relajación de esfínteres ni convulsiones. La recuperación posterior había sido muy rápida. Previamente únicamente describían un episodio hacía dos años de pérdida de conciencia en contexto de un cuadro diarreico.

Se realiza un electrocardiograma en Urgencias, en el que se aprecia una bradicardia sinusal a 50 lpm y un QRS ancho con morfología de bloqueo completo de rama izquierda (BCRIHH). Se descarta la toma de fármacos cronotrope negativos como potencial causa reversible de la arritmia. El paciente se mantiene monitorizado en Urgencias durante ocho horas sin registrarse pausas ni trastornos avanzados

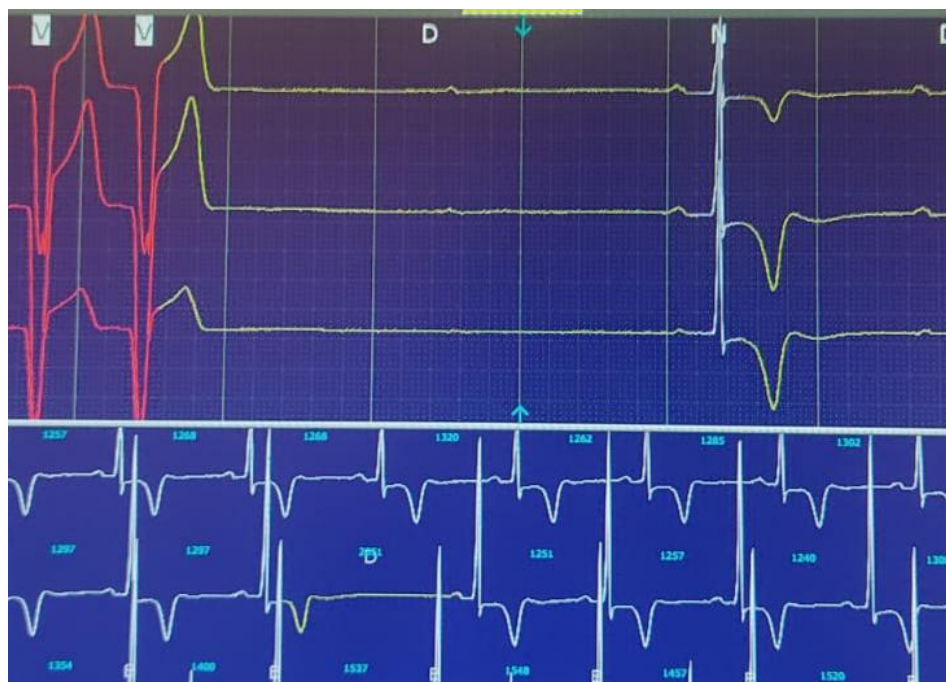
de la conducción intraventricular, por lo que finalmente se decide darle el alta hospitalaria.

Es remitido a consultas de Cardiología, llamando la atención el BCRIHH en el electrocardiograma, aunque con una exploración física y un ecocardiograma normales. El paciente no había presentado nuevas recurrencias sincopales.

A pesar de que el episodio sincopal se había precedido de pródromos, y había acontecido tras bipedestación, lo que orientaba a un perfil vasovagal, al tratarse de un paciente mayor con un BCRIHH en el electrocardiograma, se decide solicitar un Holter de 24 horas, en el que se objetivan episodios de bloqueo auriculo-ventricular completo con una frecuencia de escape a 30 lpm, relacionándose con clínica de mareo y cierta sensación disneica.

Ante el hallazgo objetivado en el Holter se solicita el implante de un marcapasos definitivo, que se lleva a cabo sin complicaciones.

Posteriormente el paciente ha sido revisado en consulta de arritmias, sin haber vuelto a presentar nuevas recurrencias sincopales, revisando dispositivo en el que se encontraba estimulado el 99% de tiempo.



4 Discusión-Conclusión

Se trata de un varón de edad avanzada que presenta un episodio sincopal con presencia de pródromos, que por sus características orientan a origen vaso-vagal, sin embargo el paciente presentaba un bloqueo completo de rama izquierda en el ECG, lo que representa un criterio de riesgo, por lo que la actitud inicial correcta en Urgencias debería haber sido el ingreso hospitalario del paciente, para continuar la monitorización y valorar la realización de un estudio electrofisiológico que permita descartar una enfermedad avanzada del sistema de conducción.

En la valoración en consulta dados los presíncope frecuentes que presentaba el paciente se solicitó un Holter, en el que se registró la presencia de un bloqueo aurículo-ventricular completo sintomático. En los pacientes con síncope es importante un buen manejo terapéutico y diagnóstico, dado que la colocación de un marcapasos de tipo bicameral se asocia a una reducción de la mortalidad y menos eventos cardiovasculares.

5 Bibliografía

1. Del Val D, Rodríguez D, Zamorano JL. Bradiarritmias: Disfunción sinusal, bloqueo auriculoventricular y trastornos de la conducción intraventricular. *Medicine* 2017;12(38):2267-2274.
2. Kusumoto, F. M., Schoenfeld, M. H., Barrett, C., Edgerton, J. R., Ellenbogen, K. A., Gold, M. R., Goldschlager, N. F., Hamilton, R. M., Joglar, J. A., Kim, R. J., Lee, R., Marine, J. E., McLeod, C. J., Oken, K. R., Patton, K. K., Pellegrini, C. N., Selzman, K. A., Thompson, A., & Varosy, P. D. (2019). 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(7), e51–e156. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.044>

Capítulo 10

SUPERVIVENCIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, CUANDO EL TIEMPO IMPORTA

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

ZOSER SAURA CARRETERO

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

1 Introducción

El infarto agudo de miocardio es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo en una de las arterias coronarias. Se trata de una emergencia médica. Las manifestaciones del infarto aparecen de forma súbita y el riesgo de muerte o complicaciones graves a corto plazo es elevado. Además, la eficacia del tratamiento va a depender, en gran medida, del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su administración.

El síntoma característico del infarto agudo de miocardio es el dolor torácico. El electrocardiograma es la pieza clave para el reconocimiento precoz del infarto y, sobre todo, para poner en marcha sin demora las medidas necesarias para recanalizar urgentemente la arteria coronaria obstruida. Cuando se interrumpe

bruscamente el riego sanguíneo en una parte del corazón, aparece de manera inmediata una alteración característica y fácilmente reconocible en el electrocardiograma: la elevación del segmento ST. Esta alteración representa la lesión isquémica aguda que aparece inmediatamente en el músculo cardíaco tras la interrupción de su irrigación sanguínea. El síndrome coronario agudo con elevación persistente del segmento ST consiste en la rotura de la placa de ateroma con la consiguiente oclusión completa de la arteria coronaria que provocará reducción brusca del flujo coronario e infarto del territorio miocárdico irrigado por dicha arteria responsable del infarto.

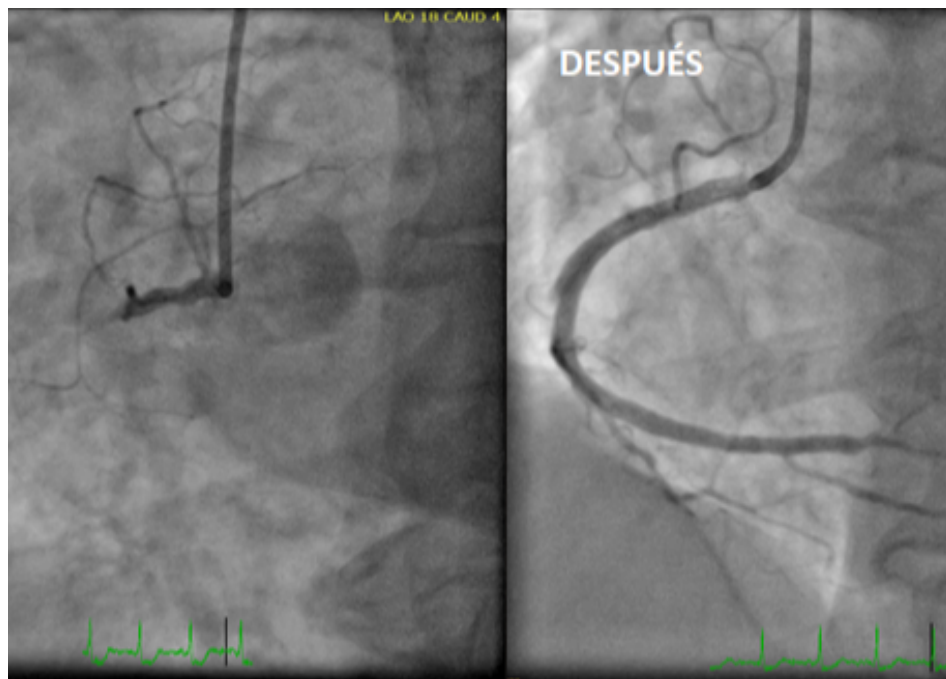
2 Objetivos

Recaltar la importancia de una rápida actuación tras el diagnóstico de un infarto agudo de miocardio para aumentar la supervivencia de los pacientes que lo padecen.

3 Caso clínico

Mujer de 65 años, con antecedentes personales de hipertensión y diabetes, fumadora de dos paquetes al día desde hace 50 años, vida sedentaria, jubilada y con antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz (padre con infarto agudo de miocardio a los 40 años y hermano con infarto agudo de miocardio a los 32 años) sin otros antecedentes conocidos que avisa al Centro Coordinador de Emergencias a las 10 de la mañana por presencia de dolor centrotorácico opresivo de unos 15 minutos de duración con irradiación a miembro superior izquierdo, asociado a cortejo vegetativo (sudoración y náuseas), de aparición en reposo, mientras se encontraba en el sillón. A las 10:10 am llega la ambulancia a su domicilio y le realiza un electrocardiograma de 12 derivaciones donde se objetiva ritmo sinusal a 90 latidos por minuto, QRS <120 ms, con elevación del segmento ST en II, III, aVF, V1, V3R y V4R con descenso especular I y aVL. La paciente se encontraba normotensa, eupneica en reposo, auscultación cardíaca rítmica sin soplos, auscultación pulmonar sin crepitantes, sin signos de insuficiencia cardíaca ni criterios de inestabilidad. Se activa código Infarto y se administra doble antiagregación, siendo trasladada de manera emergente al Hospital de referencia para realización de cateterismo urgente. A las 10:45 am se inicia la coronariografía mediante punción de la arteria radial izquierda y se objetiva oclusión trombótica aguda en el tercio proximal de la arteria coronaria derecha, donde se implantan 4 stents farmacoactivos solapados cubriendo todo el segmento enfermo, resto de

arterias coronarias con enfermedad difusa sin lesiones significativas. El procedimiento finaliza a las 11.15 am (60 minutos desde el diagnóstico) sin incidencias ni complicaciones inmediatas. Tras el procedimiento, la paciente asintomática y estable es trasladada a la Unidad Coronaria para monitorización estricta durante la fase aguda.



4 Discusión-Conclusión

El infarto de miocardio es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres en todo el mundo. La angioplastia primaria es la técnica más recomendada para su tratamiento, siempre que se realice en las condiciones adecuadas y con rapidez, dentro de los primeros 90 minutos que han transcurrido una vez el paciente ha llegado al hospital. Esta técnica trata la oclusión de la arteria coronaria mediante la aspiración del trombo para después implantar un stent que resuelva la estrechez subyacente.

La importancia de realizar esta intervención a tiempo es fundamental ya que la tasa relativa de mortalidad, en pacientes que han sufrido un infarto, aumenta

en el 7,5% por cada 30 minutos de retraso en el tratamiento y más de 90 minutos es demasiado tiempo para mantener la zona del miocardio sin recibir riego sanguíneo, por lo que la angioplastia empezaría a ser cuestionable.

5 Bibliografía

- 1.- Chung S, Gedeberg R, Nicholas O, James S, Jeppsson A, Heuschmann P, Walentin L, Deanfield J, Timmis A, Jernberg T, Hemingway H. Acute myocardial infarction: a comparison of short-term survival in national outcome registries in Sweden and the UK. *Lancet* 2014;386:1305-1312.
- 2.- Bertomeu V, Cequier A, Bernal JL, Alfonso F, Anguita MP, Muñoz J, et al. Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:935-42.
- 3.- Alonso Martínez, J. J. Manual de síndrome coronario agudo. Madrid: SCM Scientific Communication Management y Sociedad Española de Cardiología, 2004.
- 4.- Fernández-Ortiz, A., y C. Macaya. «Tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación persistente del ST». En J. Guindo Soldevila, ed. Síndrome coronario agudo. 2.^a ed. Barcelona: J&C Ediciones Médicas, 2007, 181-202.
- 5.- Fernández-Ortiz, A., y V. Fuster. «Pathophysiology of Ischemic Syndromes». En J. Loscalzo, M. A. Creager y Victor J. Dzau, eds. *Vascular Medicine, A Textbook of Vascular Biology and Diseases*. 2.^a ed. Boston: Little, Brown and Company, 1996, 333-347.

Capítulo 11

ADENOCARCINOMA DE PULMON, EN RELACION A UN CASO CLINICO

ARISTELA ARIAS ROSARIO

VIELKA BÀEZ PIMENTEL

1 Introducción

El adenocarcinoma de Pulmón es un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar, y uno de los tipos de cáncer más frecuentes en todo el mundo, presentando una alta mortalidad. Afecta al tejido cardiaco, siendo la principal vía de diseminación la linfática. La mayoría de los casos son adenocarcinomas, el cual puede originarse en las células del interior de los bronquios y alveolos. Cuando las células cancerígenas se encuentran en la capa superior de dichas estructuras hablamos de carcinoma in situ. Sólo alcanza la curación una minoría de los pacientes, más o menos un 15% de los casos.

Los síntomas más frecuentes suelen ser dificultad respiratoria, tos, hemoptisis y pérdida de peso, así como dolor torácico, afonía, edema del cuello y de la cara. Es poco frecuente que ocurra un taponamiento cardiaco, para cuando esto ocurra le confiere un peor pronóstico a la enfermedad.

La causa más común de CP es el tabaquismo: el 95 % de los pacientes con CP son fumadores y ex-fumadores. En los no fumadores la aparición de dicho tumor es consecuencia de una combinación de factores: genéticos, exposición al gas, asbesto, contaminación atmosférica, incluyendo humo secundario (fumadores pasivos).

2 Objetivos

Reflejar la importancia de una buena Historia Clínica y exploración física, como hábitos tóxicos.

Concienciarnos de lo fundamental que es un buen control de FRCV.

3 Caso clínico

Varón de 45 años fumador activo de 80 paquetes al año (desde hace 30 años), trabaja de administrativo. No AMC, HTA sistémica en tratamiento con Enalapril 5 mg casa 12 horas. No broncopatía, ni cardiopatías conocidas. Acude a consulta por dolor de brazo izquierdo de un mes de evolución, asociada a sensación de opresión torácica en zona antero lateral izquierda, sudoración nocturna y disnea de esfuerzo. Relata que tres semanas previas inicia con un proceso catarral sin fiebre. Desde consulta de Atención Primaria se decide solicitar Radiografía de tórax observándose un aumento de densidad basal izquierda que borra diafragma con pérdida de volumen y derrame pleural izquierdo. Con estos resultados se decide deriva al servicio de urgencias del Hospital de Referencia para manejo y completar estudio. Ingres a cargo de servicio de neumología.

Exploración y pruebas complementarias: Aparentemente BEG. Eupneico. Normohidratado, normo coloreado, normo perfundido. ACP: ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos audibles, MV disminuido en bases pero mas acentuado en base izquierda con crepitantes bibasales.

RESULTADOS DE ANALITICA SANGUINEA: Hemograma: Leucocitos: 11.000, Bioquímica: parámetros dentro de la normalidad, PCR: 20. Líquido PLEURAL: proteína: 4,7, Glucosa: 93, pH: 7,40.

RADIOGRAFIA DE TORAX: aumento de la densidad basal izquierda compatible con un derrame pleural izquierda. TAC protocolo TEP: No se identifican defectos de repleción que sugiera trombo embolismo. Se identifican múltiples nódulos en hemitórax izquierdo, muchos subpleurales, de diferentes tamaños y bordes bien definidos, que sugieren metástasis como primera posibilidad. Importante derrame pleural izquierdo con atelectasia del parénquima adyacente del LSI y atelectasia completa del LII. Adenopatías mediastínicas para aórtica izquierda e hiliares bilaterales. BRONCOSCOPIA: estenosis sugestiva de compresión extrínseca a nivel de bronquiolo inferior izquierdo. CITOLOGIA PLEURAL: líquido pleural positivo para malignidad que procede con un adenocarcinoma. PUNCION PLEURAL IZQUIERDA: presencia de células epiteliales atípicas agrupadas compatibles con adenocarcinoma.

4 Discusión-Conclusión

El adenocarcinoma de Pulmón, al ser un cáncer con mal pronóstico, requiere ser diagnosticado con la mayor brevedad y precisión posible. Actualmente en tratamiento oncológico con Qt-Rtcon evolución satisfactoria. El cáncer de pulmón en el hombre es la principal causas de DP maligno. Cuando un DP es secundario a metástasis pleurales se debe plantear la posibilidad de obliterar el espacio pleural mediante pleurodesis. Los pacientes que se someten a este procedimiento deben cumplir varios requisitos: En primer lugar, el paciente no tendrá un mal estado general o una expectativa de vida muy corta (menos de un mes), ya que en estos casos es preferible optar por las toracentesis terapéuticas periódicas. En segundo lugar, la calidad de vida del paciente debe estar limitada por la disnea. En tercer lugar, una toracentesis terapéutica debe mejorar ostensiblemente la disnea.

5 Bibliografía

1. Villena Garrido V, Ferrer Sancho J, Hernández Blasco L, et al. Arch Bronconeumol. 2006; 42:349-72.
2. Monsó E, Montuenga LM, Sánchez de Cos J, Villena C; por el Grupo Colaborativo en Cáncer de Pulmón CIBERES-RTICC-SEPAR. Arch Bronconeumol. 2015 Ene 19. pii: S0300-2896 (14) 004591.

Capítulo 12

CASO CLÍNICO DE URGENCIA HABITUAL EN LA ÉPOCA DEL AÑO DE MAYO A OCTUBRE

VIELKA BÀEZ PIMENTEL

ARISTELA ARIAS ROSARIO

1 Introducción

Las picaduras por insectos incrementan de forma considerable y son más habituales durante la época de los meses más cálidos entre mayo a octubre, siendo posible también en otras épocas de año. En muchas ocasiones no requiere tratamiento ni consulta. En otras ocasiones, puede causar ciertas lesiones que requieren de tratamiento o bien tópico o incluso oral, debido a su potencial de sobreinfección o hasta la muerte. El veneno de avispa es tóxico. Cuando una persona sufre una picadura, se le inyecta veneno. Las avispas portan este veneno. Algunas personas son alérgicas al veneno y tienen una reacción grave si sufren una picadura. La mayoría de las personas no necesita atención médica de emergencia si sufren una picadura.

De forma inicial e individualizando el caso, preguntar por alergias previas, localización de picadura, parece ser correcto comenzar con tratamiento antibiótico tópico, valorando asociar o no corticoide tópico para ayudar con la inflamación. No obstante, si la evolución no es favorable, aparecen síntomas sistémicos o incluso hay riesgo de afección de la articulación, es conveniente pasar a tratamiento oral con antibióticos como la amoxicilina clavulánico.

2 Objetivos

Conocer el manejo ante la picadura de un insecto mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Durante la guardia de atención rural en Punto de atención continuada en zona rural acude un padre con su hijo por reacción local importante en mucosa de labio inferior y ojo derecho. Según refiere se encontraban en el parque y había un enjambre de avispas y dos le picaron a su hijo de 5 años. Acude pasados 10 minutos. Según nos refiere el padre ya ha tenido un episodio de reacción local tras picadura de mosquitos, está preocupado porque asocia importante inflamación en la zona, con dolor a la palpación, induración y rubor asociado. No presenta síntomas sistémicos asociados tipo fiebre, ni distrés respiratorio, no edema de úvula, no engrosamiento de lengua. Niega antecedentes de reacción sistémica tras picadura de avispa. Inicialmente se plantea tratamiento con corticoide oral y antialérgico oral tipo dexclorfeniramina. Se deja 30 minutos en sala de espera, tras su permanencia en el centro de atención continuada se objetiva mejoría de la inflamación tras inicio de tratamiento oral. Se derivó a su pediatra para derivación a especializada para estudio y realización de pruebas sistémicas.

Recordar que el uso de la dexclorfeniramina está contraindicado en niños < 2 años. Además, se debe de evitar su uso en glaucoma, hipertrofia prostática, epilepsia y hepatopatía.

Acudió pasadas dos semanas a su pediatra por otro episodio de reacción local tras picadura de mosquito, este derivó a Interconsulta de alergia las pruebas cutáneas y la IgE específica habían sido positivas para *Polistes spp* 7x7/25x27 mm; 0,51 kU/L. Tras otra picadura en Mano Derecha y cara Inició con dermografismo y los valores de IgE aumentaron de manera marcada (>100 kU/L). No se han encontrado casos descritos de dermografismo asociado a alergia a veneno de himenópteros.

4 Discusión-Conclusión

Las picaduras por insecto es un motivo frecuente en esta época del año.

Reacción local intensa a la picadura: Hidrocortisona tópica al 1% pomada 1 aplicación cada 8-12 horas.

Prurito Intenso: Asociar Dexclorfenhidramida 2 mg cada 6-8 horas.

Si no mejoría asociar prednisona 30-60 mg/24 horas vo, 3-5 días.

Riesgo de infección: clorhexidina tópica 4% sol.

Picaduras dolorosas por avispa, abeja, escorpión o medusas: Paracetamol 500 mg a 1gr, max 4 gr en 24h.

Suelen evolucionar bien, y en cualquier caso, la mejor medida de tratamiento para las mismas es la prevención mediante anti mosquitos y medidas físicas. una patología banal y simple que suele consultar cuando no evolucionan de forma adecuada, causando gran inflamación, molestia, eritema o sobreinfección. De forma inicial e individualizando el caso, parece ser correcto comenzar con tratamiento antibiótico tópico, valorando asociar o no corticoide tópico para ayudar con la inflamación. No obstante, si la evolución no es favorable, aparecen síntomas sistémicos o incluso hay riesgo de afección de la articulación, es conveniente pasar a tratamiento oral con antibióticos como la amoxicilina clavulánico. Suelen evolucionar bien, y en cualquier caso, la mejor medida de tratamiento para las mismas es la prevención mediante anti mosquitos y medidas físicas.

En caso de reacciones graves: Llame al número local de emergencias, como el 112, si la persona presenta una reacción alérgica (inflamación o dificultad respiratoria grave). Puede ser necesario que acuda al hospital si la reacción es grave. Si usted sabe que es alérgico a las picaduras de avispas comunes, abejas o avispas lleve siempre consigo un equipo de urgencias contra la picadura el cual debe inyectarse inmediatamente después de la picadura.

5 Bibliografía

- Grupo de trabajo de la Guía de actuación ante picadura de avispas. Guía de actuación ante picadura de abeja. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Capítulo 13

ENFERMERÍA DE UCI EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN EL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)

ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO

BEATRIZ PLAZA CAMPOS

LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE

MERCEDES MARTÍNEZ VELA

1 Introducción

El Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) es un catéter delgado, largo, flexible y biocompatible que puede ser colocado por el personal de Enfermería. Se inserta en una vena periférica (vena basílica, cefálica, braquial o mediana cubital) hasta llegar al tercio inferior de la vena cava superior.

Gran porcentaje de pacientes ingresados en los hospitales reciben algún tipo de terapia intravenosa, las cuales pueden hacer fallar las vías periféricas (la mayoría no dura más de 72 h) y dar lugar a diversas complicaciones. Para evitar estas situaciones se utilizan los PICC que cumplen las mismas funciones que un Catéter Venoso Central.

El personal de enfermería es responsable de la inserción de PICC y de su posterior mantenimiento; así como de la prevención en la aparición de signos y síntomas de las distintas complicaciones.

Los microorganismos que producen con más frecuencia las infecciones asociadas a los PICC son aquellos cuyo hábitat natural es la piel. La colonización de los microorganismos cutáneos desde el sitio de inserción hasta la punta del catéter es el camino de infección más habitual. Aquellas bacterias que acceden por el interior del catéter desde las conexiones por vía endoluminal ocupa el segundo lugar en importancia como vía de infección (el primero en catéteres de larga duración).

2 Objetivos

Identificar las evidencias de los diferentes cuidados para prevenir la infección de la corriente sanguínea relacionada con el catéter PICC en pacientes adultos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

3 Metodología

Se ha realizado revisión bibliográfica entre los meses de Enero y Junio de 2022 en bases de datos sanitarias y específicas de enfermería de carácter nacional como son Cuiden Plus, Cochrane y Scielo.

Se han utilizado buscadores como Google Scholar y la Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Además se ha revisado los principales sistemas de vigilancia utilizados en España de ENVIN-UCI y SEMICYUC. La búsqueda se ha limitado a artículos/estudios publicados entre 2013 y 2022. La limitación principal de este capítulo ha sido no poder acceder por completo a todas las publicaciones, analizándose únicamente aquellos artículos con acceso abierto que han podido ser consultados.

4 Resultados

Distintas investigaciones califican al PICC como un acceso vascular eficiente y seguro. Presenta menos complicaciones tanto mecánicas (al contrario que el catéter venoso central (CVC) no hay riesgo de dañar la pleura ni producir neumotórax y puede ser usado por largos periodos de tiempo) como infecciosas (el espacio antecubital presenta menor colonización de microorganismos que cuello y tórax). La infección relacionada con el PICC es un problema frecuente y grave. Presenta una incidencia del 16'4 al 28'8 %. En las UCI ocasionan hasta el 90 % de las bacteriemias asociadas a catéteres vasculares.

Unos autores muestran que el riesgo de infección puede verse reducido mediante la adopción de intervenciones coste-eficaces y basadas en la evidencia. Entre ellas se señalan la educación y la formación específica adecuada del personal, el uso de clorhexidina como antiséptico antes de la inserción y para la desinfección del lugar de salida después, adecuada higiene de manos, la elección apropiada del tipo de dispositivo y del lugar de inserción, las políticas adecuadas para el vendaje del lugar de salida, el uso de la máxima protección de barrera durante la inserción, los cambios rutinarios de los conjuntos de administración y la retirada de las líneas centrales tan pronto como ya no sean necesarias.

Al revisar los cuidados recientemente investigados para la prevención de la infección relacionada con los catéteres PICC, los diferentes estudios presentan resultados significativos en la reducción de las tasas de infección implementando cuidados como: adecuada educación al personal de enfermería, el lavado de manos y mantener una técnica estéril al manipular el PICC.

Otros autores señalan la importancia de estos cuidados desde el proceso de inserción y manutención de este acceso venoso central, así como el compromiso del equipo, cultura de seguridad y los distintos procesos de vigilancia.

5 Discusión-Conclusión

Durante los últimos años a un ritmo acelerado ha habido una mejoría de materiales y métodos de inserción de este tipo de catéteres. Existen numerosos estudios cuyo objetivo es comparar las tasas de complicaciones, principalmente las infecciones relacionadas con el catéter y encontrar la manera más adecuada para reducirlas.

El personal de Enfermería debe estar correctamente educado para cumplir una serie de medidas simples como el lavado de manos antes y después de la manipulación, mantener una técnica estéril estricta y una correcta desinfección de la piel, durante la inserción y en el posterior manejo del PICC. De esta manera se aumenta la seguridad y el bienestar de los pacientes que reciben tratamientos intravenosos en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

6 Bibliografía

1. A Pascual. Etiopatogenia y factores de riesgo de las infecciones relacionadas con catéteres. Conferencia de consenso de infecciones por catéter. SEIMC SEMICYUC; 2015; 44-45.

2. Palomar M, Álvarez-Lerma F, Riera A, Díaz MT, Torres F, Agra Y, et al. Impact of a national multimodal intervention to prevent catheter-related bloodstream infection in the ICU: the spanish experience. *Crit Care Med*. 2013; 41(10):2364-72.
3. Marzán-Garay IP, Azolas-Páez AC, Mosqueda-Díaz A. Beneficios y complicaciones del catéter venoso central de instalación periférica en cuidados intensivos adultos. *Benessere* [Internet] 2020 [Consultado 26 May 2022]; 5(1):41-51. Disponible en: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2721>.
4. Perin DC, Erdmann AL, Higashi GDC, Sasso GTM. SEvidence-based measures to prevent central line-associated bloodstream infections: a systematic review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:e2787. [Consultado 26 May 2022]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1233.2787>.

Capítulo 14

ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN UNIDAD DE ICTUS TRAS ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

VIRGINIA ALBERO GARRIDO

OLAIA TORRES ERICE

MARÍA CORREAS MARÍN

MIREN ROS AÑON

ALBA FERNÁNDEZ CÍA

1 Introducción

El Ictus supone la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad en países desarrollados. Su prevalencia aumenta sobre todo por el aumento en la supervivencia poblacional. Esta patología supone un alto índice de secuelas en detrimento de la calidad de vida como un alto coste sanitario.

El Ictus Isquémico supone un 80-85% del total de accidentes cerebrovasculares. Las causas principales suele ser lesiones aterotrombóticas en arterias principales o cardioembólicas.

El principal propósito en el tratamiento de estos ictus es la recanalización de la arteria obstruida y lograr la reperusión precoz del tejido cerebral. Existe un eslogan que recoge este objetivo que es: “tiempo es cerebro”. Por si sola esta

recanalización no es eficaz sino existe un tratamiento y seguimiento específico en Unidad de Ictus o Unidades de Cuidados Intensivos a cargo de un equipo multidisciplinar donde la enfermera forma parte. (1)

La administración de la trombolisis es temporodependiente por lo que supone una urgencia médica. El fármaco de elección para la trombólisis endovenosa es el activador tisular del plasminógeno recombinante -Actilyse (rt-PA) con alta eficacia demostrada y que tiene una ventana terapéutica de 3h aunque algunos estudios avalan 4-5 h (sólo en un porcentaje de Ictus).

Diferentes estudios constatan que solo el 50 % de los afectados por estos accidentes cardiovasculares llegan al hospital dentro de las primeras tres horas. Por lo que a priori supone un tratamiento por sí solo insuficiente teniendo en cuenta también que hay pacientes no candidatos a este tipo de tratamiento. Es aquí donde el tratamiento endovascular supone un avance importante. La eficacia y la seguridad del mismo de manera exclusiva (únicamente tratamiento trombolítico intraarterial) se han constatado en diferentes estudios. Principal ventaja del mismo es la administración in situ de una alta concentración de fármaco, optimizando resultados y minimizando efectos secundarios al necesitar una dosis menor para el mismo efecto. El problema del tratamiento intraarterial es que requiere una infraestructura importante con médicos entrenados en la técnica y además la principal limitación es la poca disponibilidad de un servicio de Neuroradiología intervencionista de guardia (1).

2 Objetivos

El principal objetivo que se pretende conseguir en este capítulo es realizar un adecuado control del paciente en Unidad de Ictus tras trombólisis endovenosa e endovascular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura existente realizando una búsqueda sistemática en las principales bases de datos: Scielo, Medline, Google académico así como en revistas científicas. También hemos revisado protocolos y procedimientos de la Unidad de Ictus del Hospital Universitario de Navarra.

4 Resultados

La atención de enfermería en Unidad de Ictus debe ser exhaustiva tras la realización de un tratamiento trombolítico tanto endovenoso como intraarterial:

1. Monitorización de constantes las primeras 24 horas donde toman un papel importante la Tensión Arterial (TA), Frecuencia Cardíaca (FC), Temperatura, Saturación de oxígeno y Glucemia.

En el caso de trombólisis endovenosa debemos realizar un control de la TA cada 15 minutos las primeras 2 h después las siguientes 6h cada 30 minutos y después cada hora hasta las 24 h o realización de TAC control. Importante según evidencia científica mantener una TA < 180/105 para evitar la principal complicación de este tratamiento: Hemorragia Intracraneal (HIC). La HIC da la siguiente sintomatología:

- Deterioro cognitivo.
- Cefalea.
- Nauseas y vómitos.
- Hipertensión Arterial Aguda (3).

Intentar disminuir la TA sistólica a 140 mmHG reduce el crecimiento de la HIC y parece ser efectiva para la recuperación funcional. Para la disminuir la TA son recomendados fármacos antihipertensivos de corta duración como Labetalol o Urapidil comenzando con bolus y seguidamente en infusión continua de ser necesario(2). Además se parara la infusión de rt-PA,, Tac cerebral, Analítica de sangre urgente y Pruebas Cruzadas (3).

La normotermia es un importante factor neuroprotector, de hecho la fiebre multiplica por dos la probabilidad de muerte. Es importante tratarla de manera precoz con fármacos antitérmicos como el Paracetamol así como averiguar el posible foco. Es aquí donde destaca la atención de enfermería sobre todo en la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS): correcta manipulación de dispositivos retirando los innecesarios así como valoración de Disfagia para evitar broncoaspiraciones con la consiguiente infección respiratoria asociada. Según la evidencia científica clase I, nivel B es útil la realización de Test de Disfagia antes de la ingesta oral.

La monitorización de la pulsioximetría cada 4h para hacer un uso adecuado de la oxigenoterapia sin caer en el uso rutinario dado que no aporta beneficio. Deben mantener Sat oxígeno 94-98% si no existe patología a nivel respiratorio y si existe riesgo insuficiencia respiratoria hipercápnica mantener entre 88 % y 92 %.

El control de la Glucemia es importantísimo dado que una hipoglucemia podría dar sintomatología de ictus isquémico y una hiperglucemia influye de manera negativa en el pronóstico . El paciente debe tener valores inferiores a 180 mg/dL.(2)

2. Valoración neurológica mediante la escala NiHSS al menos 2 veces por turno y siempre que se vea algún cambio.

Puntúa de forma numérica la gravedad del Ictus desde 0 a 42 puntos y tiene valor pronóstico:

- Leve: puntuación inferior a 4.
- Moderado: puntuación inferior a 16.
- Grave: puntuación inferior a 25.
- Muy grave: si es superior o igual a 25.

Valora los siguientes campos:

- Nivel de consciencia.
- Mirada Conjugada.
- Campo visual.
- Paresia Facial.
- Paresia en extremidades superiores.
- Paresia en extremidades inferiores.
- Ataxia (falta de coordinación en el movimiento).
- Sensibilidad.
- Lenguaje (aparición de Afasia).
- Disartria.
- Extinción e Inatención (4).

También se puede usar la Escala Glasgow cuando el paciente esta con nivel de consciencia muy bajo o en coma. La ultima actualización indica 4 pasos a seguir:

- Comprobar si existe algún factor que modifica la capacidad de respuesta o alguna lesión que sea causa de la misma.
- Observar la apertura ocular, las respuesta verbal y la motora (O, V, M).
- Estimular tanto verbalmente (decir o gritar una orden sencilla) como físicamente (en la punta del dedo, el trapecio o el arco supraorbitario).
- Asignar y puntuar según la lista de comprobación.

Es recomendable desglosar la puntuación en cada ítem dada la variabilidad de la situación del paciente ante una misma puntuación. Por ejemplo un Glasgow de 8 no es igual si es O2V2M4 que si es O1V1M6 (5).

3. Reposo absoluto y elevación de la cabecera a criterio medico. En el caso de estenosis carótida poner cabecera a 0 grados.
4. Medidas de prevención de Trombosis tanto Venosa Profunda (TVP) como Tromboembolismo pulmonar (TEP) y reconocimiento de síntomas para avisar al Neurólogo.
 - TVP- Dolor espontáneo o a la palpación en el trayecto venoso, edema, signo de Homans: aumento del dolor en la dorsiflexión forzada del pie.
 - TEP - Disnea, Aumento frecuencia Cardíaca, dolor torácico, agitación y modificación del patrón respiratorio.
5. Medidas de prevención de caídas. Cama lo mas cercana al suelo. Contención únicamente bajo indicación medica.
6. Medidas de prevención de Ulceras por Presión: higiene, hidratación adecuada, control de puntos de presión, cambios posturales, aplicar Ácidos Grasos en puntos críticos.
7. Dieta Absoluta hasta TAC control y antes de dar cualquier alimento liquido o solido realizar Test de Disfagia (el más utilizado es el Test MECV-V - método exploración clínica volumen viscosidad).
8. Valorar patrón miccional por turno. Importante detectar retención urinaria. Evitar sondaje vesical (alto riesgo de sangrado). En caso de globo vesical avisar al neurólogo.
9. Durante las primeras 24 h evitar cualquier técnica agresiva (canalizar vía periférica, analítica de sangre solo imprescindibles).
10. En el caso de Trombólisis intraarterial se debe controlar el apósito (generalmente a nivel inguinal) así como la coloración, temperatura y presencia de pulsos periféricos en la extremidad donde se ha realizado la punción.(6)

5 Discusión-Conclusión

La atención de Enfermería en Unidad de Ictus es fundamental dentro de la atención sanitaria multidisciplinar ante un Ictus Isquémico agudo.

El personal de la Unidad debe estar adiestrado y conocer perfectamente los signos y síntomas de un empeoramiento para poder actuar en consecuencia.

Asimismo debemos conocer la escalas de valoración neurológicas para poder

detectar fluctuaciones en el paciente que sean indicadores de un fallo en el tratamiento o de un efecto indeseable del mismo.

La frase de “el tiempo es cerebro” refleja a la perfección la importancia de una actuación precoz, mejorando la supervivencia, el pronóstico a medio y largo plazo así como las secuelas que pueda dejar el Ictus dependiendo de la zona afectada.

6 Bibliografía

1. Escudero D, Molina R, Viña L, Rodríguez P, Marqués L, Fernández E, et al. Tratamiento endovascular y trombólisis intraarterial en el ictus isquémico agudo. Med Intensiva [Internet]. 2010;34(6):370–8. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n6/original2.pdf>.
2. Sciencedirect.com. [cited 2022 May 30]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485320302917>.
3. Aguilera Peña M, Aranda Aguilar F. Tiempoescerebro.com. [cited 2022 May 30]. Available from: <https://tiempoescerebro.com/wp-content/uploads/2018/06/PROCEDIMIENTO-DE-ATENCIO%CC%81N-AL-ICTUS.pdf>.
4. Grupo Neuro-Ictus. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. Tiempoescerebro.com. [cited 2022 May 30]. Available from: <https://tiempoescerebro.com/wp-content/uploads/2017/06/nihss.pdf>.
5. (dd:21) SV 2. Nueva Escala de Coma de Glasgow [Internet]. Enfermería21. 2017 [cited 2022 May 30]. Available from: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/nueva-escala-de-coma-de-glasgow-DDIMPORT-048908/>.
6. Admon-cfnavarra.es. [cited 2022 Jun 1]. Available from: <http://intranet.gccorporativa.admon-cfnavarra.es/CHN/UniEnf/Cuidad/PROTOCOLOS/Protocolo%20asistencial%20%20ICTUS.pdf>.

Capítulo 15

MANEJO DEL PACIENTE CON EPISTAXIS ANTERIOR

BELÉN PALACIOS ORTEGA

1 Introducción

La nariz es una zona muy vascularizada. El término epistaxis se define como toda hemorragia (pudiendo variar desde un hilo de sangre a un flujo abundante) con origen en el vestíbulo, cavidad nasal o nasofaringe; La mayoría son anteriores, localizadas en el plexo Kiesselbach (situado en el área de Kiesselbach, es una región localizada en la zona anteroinferior del tabique nasal donde cuatro arterias se anastomosan formando un plexo vascular); cuando el sangrado es posterior (las cuales son menos comunes pero más graves y se originan en el tabique posterior que reviste el hueso vómer, o lateralmente en el cornete inferior o el medio) y no cede con el taponamiento convencional, está indicado el tratamiento quirúrgico. Las causas mas comunes son el traumatismo y la sequedad de la mucosa, pero existen otras causas menos habituales como son: infecciones, cuerpos extraños, tumores nasales, trastornos de la coagulación o trastornos sistémicos o el síndrome de Rendu-Osler-Weber. La hipertensión también puede contribuir al mantenimiento de un sangrado ya activo.

La epistaxis es un síntoma común que la más de la mitad de la población ha sufrido durante su vida pero que en pocas ocasiones precisa de atención médica, de hecho, se trata de la principal causa de consulta en urgencias de otorrinolaringología. Es un síntoma multifactorial y sus manifestaciones pueden ser muy variables, su importancia deriva de su frecuencia y su potencial gravedad.

Los estudios demuestran que es más común en hombres y en épocas frías del año. La mayoría de estos episodios son autolimitados y benignos, aunque existe

un riesgo potencial de que haya un desequilibrio hemodinámico que provoque la hospitalización del paciente, por ello es de vital importancia conocer y aplicar el tratamiento de forma correcta. Aunque puede darse a cualquier edad existe un pico de incidencia en niños de 3 a 8 años y en adultos mayores a 50 años. Por lo general la hemorragia se puede controlar mediante la compresión directa durante 10 min, evitando echar la cabeza para atrás. Si no cede existen otros métodos para frenar la hemorragia.

2 Objetivos

- Definir el manejo del paciente con epistaxis anterior que acude al servicio de urgencias.
- Describir los puntos clave en la exploración del paciente con epistaxis.

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

Debemos realizar una correcta anamnesis para no pasar por alto una serie de datos que tienen vital importancia, entre los que nos encontraremos con:

- Tratamiento habitual con anticoagulantes.
- Signos de hipovolemia (o posteriormente de shock hemorrágico).
- Signos cutáneos de trastorno hemorrágico.
- Epistaxis recurrentes sin causa clara.

Por ello habrá que preguntar al paciente tanto datos de la propia hemorragia (como se originó, flujo, lado del inicio) como antecedentes personales que nos pueden dirigir hacia un correcto manejo de este.

Se llevará a cabo una exploración física, teniendo en cuenta los signos vitales para realizar un diagnóstico precoz de posibles complicaciones, así como una exploración directa de la zona hemorrágica (mediante el uso de un espéculo nasal teniendo una mano libre para el uso de aspiración o de algún instrumento). Normalmente los focos de hemorragia anterior pueden ser observados en el examen

directo. Si no hay evidencia o sólo se ven 1 ó 2 sangrados menores no será preciso llevar a cabo un examen ulterior; En el caso de que la hemorragia será intensa o recurrente se puede valorar realizar una endoscopia de la fosa nasal.

Tras intentar frenar la hemorragia mediante la compresión directa podemos utilizar distintas técnicas:

- Introducir una torunda impregnada con vasoconstrictor.
- Si el foco de sangrado es muy claro se puede cauterizar de forma directa mediante nitrato de plata o un cauterizador eléctrico. Es preferible el uso del nitrato para evitar quemaduras profundas en la mucosa.
- También podría utilizarse un tampón nasal expansible, así como diferentes balones nasales comerciales, siempre teniendo en cuenta las instrucciones del fabricante.

Durante los procesos es importante favorecer el confort del paciente, dado que estos procedimientos pueden resultar dolorosos y pueden sentir disnea (sensación subjetiva de dificultad respiratoria).

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las epistaxis son benignas y de origen anterior por lo que con la compresión directa de las fosas nasales durante 10 minutos suelen ceder las hemorragias. Si tras dicha compresión directa no ha frenado el sangrado se debe acudir al servicio médico para su revisión.

Realizar una correcta anamnesis nos puede dar claves para el manejo del paciente con epistaxis, así como orientar en las causas del sangrado, como sería por ejemplo los trastornos de coagulación o la toma de anticoagulantes. Es importante una valoración completa para diagnosticar de forma precoz los signos de gravedad. Realizar una buena exploración directa nos ayudará a saber el origen del sangrado, así como el tipo de este.

6 Bibliografía

1. Shin E, Murr A. Managing epistaxis. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2008; 37-42.
2. Gicquel P et Fontanel JP. Epistaxis. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Oto-rhino-laryngologie, 20-310-A-10, 1995, 8.
3. Álvarez GMP, Martínez EMÁ, Flores AJD, et al. Intractable epistaxis secondary to pregnancy. Acta Med. 2015;13(3):184-185.

4. Hernandez M, Hernández C, Bergeret JP. Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. Cuadernos de Cirugía, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 54-59, may 2018.
5. Morgan D, Kellerman R. Epistaxis: Evaluation and Treatment. Primary Care: Clinics in Office Practice Elsevier. Volume 41, Issue 1, March 2014, Pages 63-73.
6. Fried M. Epistaxis. Manual MSD. Sep. 2021.

Capítulo 16

EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL PACIENTE ADULTO

IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN

MARCO ALDONZA TORRES

VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ

VIRGINIA ALBERO GARRIDO

OLAIA TORRES ERICE

1 Introducción

Uno de los motivos por los que las personas acuden a urgencias con relativa frecuencia, es el traumatismo cráneo encefálico (TCE). Suponen aproximadamente un uno por ciento de las atenciones hospitalarias y son una de las principales causas de muerte por traumatismos en todas las franjas de edad. (1)

Un traumatismo craneoencefálico se considera una patología médico quirúrgica. Es una lesión física producida sobre el tejido cerebral que altera la función cerebral de forma temporal o permanente, según la gravedad del traumatismo. (2) Puede producir una alteración o disminución del nivel de conciencia que puede repercutir en las habilidades físicas, cognitivas o emocionales de la persona. (3)

Los TCE se pueden clasificar de varias formas según:

- La fuerza que actúa sobre el cerebro.

- La zona afectada por el cerebro.
- La alteración del cerebro a causa de esta fuerza.

Las fuerzas estáticas o por contacto directo habitualmente provocan lesiones focales. Las mas frecuentes suelen ser: el hematoma subdural, el epidural y la hemorragia subaracnoidea.

El hematoma subdural es una colección de sangre que se localiza debajo de la duramadre. Suele ser un sangrado venoso, por lo que suele ir creciendo lentamente y los síntomas aparecen a medida que el hematoma aumenta de tamaño.

El hematoma epidural es una colección de sangre que se encuentra por encima de la duramadre. Suele ser sangre arterial, por eso suele ser de crecimiento rápido. La persona puede estar un tiempo sin síntomas después del TCE y al cabo de unas horas comenzar con síntomas de alarma.

Y la hemorragia subaracnoidea es la que se desarrolla en el espacio subaracnoideo.

(4)

Aunque en el día a día, la manera mas habitual de dividirlos es según su gravedad. Para este tipo de clasificación lo que se utiliza es la escala de Glasgow, de la que mas adelante hablaremos. Se clasifican en:

- Leves: son los mas frecuentes. También se les denomina con el nombre de conmoción cerebral. No suele haber pérdida de conciencia y habitualmente se recuperan de forma completa.
- Moderados: tienen una pérdida de conocimiento mayor de treinta minutos pero no mas de veinticuatro horas.
- Severos: la pérdida de conciencia dura mas de veinticuatro horas y tienen dificultades para aprender nueva información.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir traumatismo craneoencefálico.

Objetivos secundarios:

- Describir la escala de Glasgow.
- Enumerar los signos y síntomas de alarma.
- Exponer las recomendaciones domiciliarias al paciente que ha sufrido un TCE.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión sistemática de diferentes libros, revistas, bases de datos como Google, Google académico y medigraphic....También hemos revisado diferentes publicaciones de expertos y protocolos de distintos centros de referencia como por ejemplo del Hospital Universitario de la moraleja de Madrid.

Las palabras clave que se han utilizado para realizar este capítulo han sido: traumatismo, traumatismo craneoencefálico, caídas, recomendaciones.

4 Resultados

Revisando diversa bibliografía vemos como la escala mas utilizada para valorar los traumatismos craneoencefálicos es la escala de Glasgow. Esta escala es del año 1974, fue descrita por Graham Teasdale y Bryan Jennett. Sirve para valorar el nivel de conciencia de una persona que ha sufrido una lesión aguda. Los parámetros que se valoran son: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

- Respuesta ocular:

4 puntos: abre los ojos de forma espontánea, antes de tener un estímulo.

3 puntos: abre los ojos cuando le hablan o escucha algún ruido.

2 puntos: abre los ojos después de un estímulo en la punta de dedo.

1 punto: no abre los ojos ante ningún tipo de estímulo.

0 puntos: no valorable.

- Respuesta verbal:

5 puntos: está orientado, contesta bien a lugar, hora y fecha.

4 puntos: no está orientado, pero se comunica de forma coherente.

3 puntos: dice palabras sueltas inteligibles.

2 puntos: solo hace gemidos y quejidos.

1 punto: no contesta nada.

0 puntos: no valorable.

- Respuesta motora:

6 puntos: obedece órdenes en ambos lados.

5 puntos: localiza el dolor.

4 puntos: flexión normal.

3 puntos: flexión anormal.

2 puntos: extensión.

1 punto: no hay movimiento.

0 puntos: no valorable.

En función de estas puntuaciones se establece una clasificación:

- Leve: 13-15 puntos.
- Moderado: 9-12 puntos.
- Severo: 8 o menos puntos (5)(6).

Es vital saber identificar los síntomas de alarma cuando una persona sufre un TCE. Estos son: náuseas, vómitos, cefalea, desorientación, convulsiones, somnolencia, mareos, debilidad en los movimientos de los brazos y de las piernas, visión borrosa, aparición de sangre o líquido acuoso en el oído o en la nariz; si ocurre algo de esto se debe acudir a urgencias. Y una vez realizada una exploración física y diversas pruebas complementarias y descartado la gravedad, el paciente será remitido a su domicilio, pero bajo la observación de una persona responsable de su cuidado durante las siguientes 48 horas.

Las recomendaciones de enfermería al alta son: que el paciente no se encuentre solo en ningún momento para advertir la presencia de signos o síntomas de alarma en el caso de que se produzcan. Debe permanecer en reposo, en un lugar tranquilo. Puede tomar una dieta ligera. No puede fumar, ni beber alcohol y tomar ninguna medicación tranquilizante. Si tiene dolor de cabeza puede tomar el analgésico que le ha pautado el facultativo. Comprobar varias veces que se encuentra orientado temporo-espacialmente. Comprobar que puede mover las extremidades con normalidad. Puede dormir por la noche, pero se le debe despertar al menos una vez para ver que responde bien. Pasadas las primeras 48 horas deberá acudir a su médico de atención primaria quien le realizará una nueva valoración.

En el caso de que tuviera algún signo o síntoma deberá acudir a urgencias o avisar al 112. (7) (8)

5 Discusión-Conclusión

Cuando se sufre un traumatismo craneoencefálico es muy importante que se haga una buena valoración, para ello, se debe saber identificar los signos o síntomas de alarma y se debe acudir a su centro de salud o a urgencias. Habitualmente las personas no les dan importancia a los traumatismos leves por que los efectos que tienen suelen pasar inadvertidos o no se suelen tratar. Pero si no se le hace caso, a largo plazo pueden tener consecuencias para el bienestar tanto a nivel físico, como mental, como social o laboral.

Los TCE son muy variables. Dos lesiones que aparentemente son muy similares, pueden tener resultados muy diferentes.

Recaltar la importancia de una buena vigilancia domiciliaria tras el traumatismo.

(9)

6 Bibliografía

1. Aguilar PM, Hernando De La Bárcena I. Riojasalud.es. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/servicios/urgencias/profesionales/protocolo_tce.pdf.
2. Charry JD, Cáceres JF, Salazar AC, López LP, Solano JP. Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. Rev chil neurocir [Internet]. 2019 [citado el 10 de junio de 2022]; 43(2):177–82. Disponible en: <https://revistachilenadeneurocirugia.com/index.php/revchilneurocirugia/article/view/82>.
3. Traumatismo craneoencefálico - Causas y Tratamiento [Internet]. Centros de Daño Cerebral de Hospitales vitthas. NeuroRHB, Servicio de Neurorrehabilitación Hospitales Vithas; 2015 [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://neurorhb.com/traumatismo-craneoencefalico/>.
4. Real V, Jimenez I. 11 tipos de traumatismo craneoencefálico [Internet]. Heris. 2020 [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://heris.io/blog/traumatismo-craneoencefalico/traumatismo-craneoencefalico/>.
5. Castillo De La Cruz M, Delgado Reyes L, Acosta Garcés R, Mendizabal Guerra R. Normas sugeridas en el manejo inicial del paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE) leve, moderado y severo [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2004/ju042f.pdf>.
6. Search APEU, (eusar) R. Nueva Escala de coma de Glasgow [Internet]. Enfermería USAR Urban search & rescue. 2021 [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://enfermeriadeescombro.com/2021/11/09/nueva-escala-de-coma-de-glasgow/>.
7. El traumatismo craneoencefálico: Lo que debe saber sobre los síntomas, el diagnóstico y tratamiento [Internet]. U.S. Food and Drug Administration. FDA; [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.fda.gov/consumers/articulos-en-espanol/el-traumatismo-craneoencefalico-lo-que-debe-saber-sobre-los-sintomas-el-diagnostico-y-tratamiento>.
8. Hospitalamoraleja.es. [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.hospitalamoraleja.es/pdf/recomendaciones_traumatismo_

craneoencefalico.pdf.

9. Vacca VM Jr. Tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve en adultos. Nursing [Internet]. 2019 [citado el 13 de junio de 2022];36(2):32–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-tratamiento-del-traumatismo-craneoencefalico-leve-S0212538219300408>.

Capítulo 17

ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE PACIENTE CON DIARREA AGUDA

SERGIO ESTEBAN ESTEBAN

SANDRA FERRERO SERRANO

LYDIA RUBIO LÓPEZ

ALEJANDRO BORGE MARTINEZ

ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ

1 Introducción

Se denomina diarrea al aumento de la frecuencia de las deposiciones (más de tres al día o un número mayor de lo normal para la persona), acompañado de una menor consistencia de éstas (más sueltas o líquidas). Se le asocian síntomas como dolor abdominal, necesidad urgente de defecar y, a veces, aparecen en las heces elementos como moco, sangre, pus y exceso de grasa.

Se trata de uno de los trastornos digestivos más frecuentes, y prácticamente cualquier persona ha sufrido a lo largo de su vida algún episodio de diarrea más o menos aguda.

Existen 3 tipos de diarrea:

- Diarrea aguda: cuando su duración es inferior a tres semanas. Junto al aumento de las deposiciones aparecen también síntomas como malestar general, dolor abdominal, náuseas, vómitos y fiebre. En algunos casos puede observarse sangre en las heces.

- Diarrea crónica: cuando dura más de tres semanas.
- Diarrea del viajero: es el problema de salud que aparece más habitualmente cuando se viaja a países con menores condiciones higiénicas, y está causado por una bacteria, virus o parásito que infecta al viajero. No reviste gravedad porque la mayoría de las veces el cuerpo acaba acostumbrándose a las nuevas condiciones ambientales.

La causa más frecuente es un proceso infeccioso que se adquiere por intoxicación alimentaria. En ocasiones, ese proceso puede ser vírico, por lo que los virus también pueden causar diarrea. Así mismo, también es un síntoma frecuente de algunas enfermedades inflamatorias del intestino.

Además, algunas personas pueden padecer diarrea como consecuencia de estar atravesando situaciones de estrés y ansiedad. Y determinados fármacos, como los antibióticos, pueden provocar este problema como uno de sus efectos secundarios.

2 Objetivos

Conocer e indicar el proceso de atención de enfermería en diarrea aguda mediante el estudio de un caso en un centros hospitalario.

3 Caso clínico

Sexo: mujer.

Edad: 78 años.

Profesión: agricultora jubilada.

Motivo de consulta: acude paciente mujer de 78 años en el servicio de urgencias por un cuadro de vómitos y diarreas de varios días de evolución. A la exploración se le realiza toma de constantes vitales (TA:92/62; FC:112; Sat O2:99%; Tª: 36; glucemia: 211), la paciente presenta una descompensación diabética y deshidratación. Palpación de abdomen: Anodina. Pañal completamente lleno de heces líquidas.

Analítica Urgencias:

Urea 136, creatinina 1.44 (previa 1.15), cloro 78, sodio 117, potasio 4.0., Leucocitos 169008 (83%N), Hemoglobina 9.6, Hto 28.5% (Prevía hace 7 días HG 14, Hto 36.5 %), plaquetas.

392000 Coagulación: normal.

Ecografía abdomen completo: sin hallazgos relevantes.

Coprocultivo: + cl. difficile.

No refiere alergias medicamentosas.

Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial.

Antecedentes quirúrgicos: Operada hace 3 años de prótesis de rodilla derecha, hace 1 año de prótesis de rodilla izquierda, hace 15 años intervenida de histerectomía y prolapso vaginal.

Antecedentes familiares: padre fallecido de cáncer de pulmón.

Tratamiento farmacológico habitual: enalapril y metformina.

Valoración de enfermería según Margory Gordon:

1. Percepción/control de la salud: sin alteraciones.

2. Nutricional/metabólico: paciente que presenta nauseas y vómitos tras cada comida, no tolerando ni los líquidos.

Presenta sequedad de la mucosa oral y sequedad cutánea pero con turgencia normal, lo que determina la deshidratación.

Tiene tendencia a la hipotensión y taquicardia.

En su último control analítico se refleja una disminución del sodio y potasio, lo que refleja el desequilibrio electrolítico.

3. Eliminación: presencia de deposiciones diarreicas con una frecuencia de 3 diarias, color claro, sin presencia evidente de moco ni sangre.

Actualmente usa pañal, ya que presenta dificultad para llegar al baño de inmediato durante las diarreas.

No existe confusión, ni letargia a pesar de que su último control analítico refleja un desequilibrio electrolítico y una alteración de la glucemia, lo que si presenta son calambres musculares.

Existe una disminución de 3 kg de peso en las últimas dos semanas.

4. Actividad/ejercicio: sin alteraciones.

5. Reposo/sueño: existe una alteración del patrón del sueño, la paciente refiere dormir poco (3-4h), ya que le despiertan las ganas de ir al servicio por lo que el descanso se ve alterado.

6. Cognoscitivo/perceptual: sin alteraciones.

7. Autopercepción/autoconcepto: presenta sequedad de la mucosa oral y sequedad cutánea pero con turgencia normal, debido a la deshidratación relacionado con vómitos y diarreas.

Sin presencia de úlceras por presión (UPP).

8. Rol/relaciones: paciente sin alteración en las relaciones sociales, vive en casa con su marido totalmente independiente, ayuda en las tareas del hogar.

La paciente no presenta ninguna dificultad a la hora de comunicarse, refiere perfectamente los síntomas que presenta.

9. Sexualidad/reproducción: sin alteraciones.

10. Afrontamiento/tolerancia al estrés: sin alteraciones.

11. Valores/creencias: sin alteraciones.

Diagnósticos NANDA:

0195 - Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con diarrea manifestado en ultimo control analítico existe disminución de Na y K.

00198 - Trastorno del patrón del sueño manifestado por horas de sueño, 3-4 h diarias.

0195 - Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con vómitos manifestado por vómitos tras cada comida.

00179 - Riesgo de nivel de glucemia inestable manifestado por hiperglucemias prepadriales.

00014 - Incontinencia fecal relacionado con diarrea crónica.

00028 - Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdidas excesivas a través de vías normales (vómitos).

NOC:

0500 - Continencia Intestinal.

0501 - Eliminación intestinal.

0600 - Equilibrio electrolítico y ácido-base.

2107 - Severidad de las náuseas y vómitos.

0601 - Equilibrio hídrico.

NIC.:

- Manejo de la glucemia: Toma de glucemias antes de las comidas.

0460 - Manejo de la diarrea:

- Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.

- Obtener una muestra de heces.

2000 - Manejo de electrolitos:

Mantener solución intravenosa que contenga electrolitos a un flujo constante (si procede).

Favorecer la ingesta oral, proporcionar líquidos según las preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar pajita para beber y agua fresca, si resulta oportuno.

4120 - Manejo de líquidos:

Administrar terapia e.v. Según prescripción.

Pesar a diario y controlar evolución.

Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.

1570 - Manejo del vómito:

Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emesis.

2080 - Manejo de líquidos/electrolitos.

- Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos/electrolitos específico.

Actividades de enfermería:

Suministrar oxígeno ya que el nivel de hemoglobina ha bajado y esto quiere decir que no hay suficiente oxigenación en los tejidos.

Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.

Realizar una prueba de sangre oculta en heces, según corresponda.

Explicar los efectos adversos del tratamiento pautado en el caso específico del sulfato ferroso, que ocasiona que haya un cambio en el aspecto de las heces ya que se cambian su color normal por un tono oscuro, negruzco.

Instruir al paciente/familiares a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.

Evaluar el nivel de conocimientos del paciente acerca de la dieta.

Se debe aconsejar al paciente que estos días la dieta sea pobre en residuos (con pocas frutas y verduras) hasta que las heces sean consistentes.

4 Discusión-Conclusión

Paciente que es independiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Presenta una alteración en el patrón del sueño.

Por su estado actual de salud presenta incontinencia intestinal de urgencia por lo que requiere de pañal, principalmente por las noches y necesita ser acompañada al baño debido a la debilidad actual que presenta relacionada con la descompensación de Na y K que le hacen tener calambres musculares. La hiponatremia es la alteración electrolítica más frecuente. El grado de los síntomas depende más de la rapidez de instauración que del grado de hiponatremia. Es fundamental conocer las principales causas de hiponatremia para aplicar su tratamiento correcto.

En cuanto al tratamiento agresivo hipertónico solo se usará en la hiponatremia sintomática de instauración aguda o cuando el sodio será inferior a 110 -115 Meq/l (hiponatremia grave) ya que puede producir daños neurológicos irreversibles. El aumento total no debe superar los 8-10 mEq/l al día. Calcular siempre según la fórmula de déficit de sodio.

Esta en dieta absoluta con vía venosa periférica (nº18) para sueroterapia + Electrolitos.

A la paciente se le ha repuesto cada pérdida, se le ha administrado el tratamiento pautado, suero salino hipertónico al 3 % en perfusión lenta con control de iones a las 3h + SSF al 0.9 % de mantenimiento para equilibrar los electrolitos, para tratar las náuseas/vómitos, tratar la diarrea y con ello la consecuente deshidratación, y para la anemia transfusión de 2 concentrados de hematíes + hierro ev.

Se le ha realizado las intervenciones (NIC) propias de enfermería relacionadas con los objetivos (NOC) que nos hemos propuesto en base a los diagnósticos enfermeros según la NANDA que hemos detectado en la etapa de valoración.

El resultado de estas intervenciones ha logrado controlar las glucemias y que la inestabilidad de la glucemia quede controlada, se ha logrado una reposición de líquidos, logrando así el equilibrio ácido-base, disminuir la deshidratación y revertir la anemia finalmente, a la paciente le han disminuido las náuseas y los vómitos debido al tratamiento pautado.

Buena evolución del estado general, alta de la paciente.

5 Bibliografía

1. Soler, W., et al. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. En Anales del sistema sanitario de Navarra. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2010.

Herdman TH, editora. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

2. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009. <https://cinfasalud.cinfa.com/p/diarrea/>.

3. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009. Gordon, Marjory. Manual de diagnósticos enfermeros. Ed. Elsevier, 2003.

Capítulo 18

ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS PRE- Y POSTOPERATORIOS EN LA CIRUGÍA DE CATARATAS

SERGIO ESTEBAN ESTEBAN

SANDRA FERRERO SERRANO

LYDIA RUBIO LÓPEZ

ALEJANDRO BORGE MARTINEZ

ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ

1 Introducción

Contexto histórico.

En la antigua India, los médicos tenían el concepto que la coloración blanquecina que percibían por detrás de la pupila en el paciente con catarata avanzada era debido a la acumulación de un “humor” que caía del cerebro, siendo este independiente del cristalino; este concepto fue trasladado hasta la Escuela de Medicina de Alejandría, en Grecia, por Alejandro de Macedonia.

Los griegos denominaron a esta patología “hypochisis”. Posteriormente, médicos árabes depositarios del conocimiento médico, le llamaron “nusul-el-ma”, lo cual significa caída de agua. Basándose en esta expresión, Constantino el Africano, monje cartaginés traductor de los escritos médicos árabes al latín del medioevo tardío, la llamó catarata, término que ha quedado conservado en la actualidad.

La primera técnica quirúrgica de catarata se encuentra contenida en SusrutaSamhita, donde el cirujano hindú Susruta se describe el método de reclinación. Esta técnica quirúrgica se trasladó de la India Alejandría a la Grecia continental hasta llegar al conocimiento de los médicos romanos. Los primeros registros en occidente son de los romanos Celso y Galeno, donde la técnica de reclinación se practicaba en la escuela Alejandrina.

Durante la edad media no se realizaron progresos en la cirugía de la catarata. En esta época el método descrito por Celso prevalece hasta bien entrado el siglo XVIII. En el renacimiento esta intervención pasa a ser delegada a los barberos itinerantes al considerarse denigrante.

Son tres descubrimientos los que hacen que se le dé a la cirugía de catarata la importancia que tiene. Johannes Kepler (1571-1630) determina que era la retina el órgano de la percepción visual y no el cristalino, según afirmaba Aristóteles. En 1705, Michel Pierre Brisseau demostró que la catarata era una opacificación del cristalino y no un humor coagulado enfrente de él.

El año de 1748 es el año en el que el médico francés Jacques Daviel (1696-1762) publica su técnica para la extracción de la catarata, desde su posición original por detrás del iris. Termina por ser aceptado en todo el mundo, desplazando a la reclinación, ya que disminuyó el número de complicaciones.

Concepto.

La catarata es la opacidad del cristalino, su cápsula o ambos. Constituyendo la primera causa de ceguera en el mundo.

El cristalino es una lente biconvexa transparente, avascular y carente de nervios; se sitúa detrás del iris y delante del vítreo. Esta lente se nutre a expensas del humor acuoso y del vítreo. Este constituye lo que podríamos llamar el “objetivo” del ojo. Los rayos luminosos pasan a través de él y confluyen sobre la retina, produciendo las imágenes.

Clasificación según las causas:

- Envejecimiento, que constituye la causa más común de aparición de la catarata, por un cambio de proteínas solubles por proteínas insolubles.
- Alteraciones de la presión osmótica que alteran la permeabilidad de la cápsula.
- Modificaciones en el pH del medio como la acidosis o alcalosis.
- Agentes físicos como traumatismos o contusiones.
- Catarata secundaria: asociada a otra patología ocular como uveítis anterior crónica.
- Procesos metabólicos generales: diabetes y hipocalcemia.
- Procesos proteolíticos: fármacos y corticosteroides.

Clasificación según su madurez:

- Catarata incipiente o inmadura: las opacidades son periféricas y el trastorno funcional es mínimo.
- Catarata madura: la opacidad abarca la totalidad del cristalino y el déficit visual se considera severo.
- Catarata hipermadura: el cristalino se aprecia de color gris y el núcleo de color pardo.

En cuanto a la sintomatología, todos los tipos de catarata cursan con la misma; según la opacidad va creciendo, estos se agravan y producen un mayor trastorno funcional. El principal síntoma es la disminución progresiva de la agudeza visual. También aparece una alteración en la visión de los colores y una disminución de la sensibilidad al contraste.

El diagnóstico de catarata se realiza mediante la visualización directa del cristalino con dilatación mediante lámpara de hendidura. El tratamiento de esta patología es únicamente quirúrgico y consiste en la extracción del cristalino y posterior implantación de una lente intraocular.

Si una catarata no se opera, seguirá aumentando la opacidad y puede desencadenar diversas complicaciones, como un glaucoma secundario agudo por obstrucción del ángulo camerular, glaucoma facolítico por destrucción secundaria de la lente, luxación del cristalino porque las proteínas del cristalino lleguen a atravesar la cápsula.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer cuáles son las pautas de enfermería a seguir en el preoperatorio y postoperatorio de una intervención de cataratas.

Objetivos secundarios:

- Saber los consejos que deben darse al alta tras una intervención de cataratas.
- Observar el importante papel de enfermería en ambos procesos.

3 Metodología

La realización de este artículo consistió en una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Dialnet y Medline Plus, utilizando las palabras clave “catarata, cirugía, enfermería, cataract y surgery”, y el operador booleano AND.

Los criterios de inclusión consistieron en que se tratase de artículos de revista, que el idioma de los mismos fuese el inglés o el castellano, y la disponibilidad del

texto completo.

4 Resultados

Periodo preoperatorio: Abarca el espacio de tiempo comprendido desde que el paciente es informado de que su problema de salud ha de ser tratado quirúrgicamente e ingresa, hasta que es trasladado a la sala de operaciones.

Preparación del material necesario para la intervención.

Acoger al paciente en el bloque quirúrgico.

Identificarse y explicar quiénes somos.

Verificar la identificación del paciente y de qué ojo va a ser intervenido.

Completar la valoración del paciente mediante la historia clínica de enfermería e identificar su nivel de conciencia.

Comprobar enfermedades anteriores, alergias y medicación actual del paciente.

Comprobar que el paciente no lleva ningún objeto metálico, prótesis dentales, esmalte de uñas, maquillaje etc.

Comprobar que está en ayunas, aunque no es del todo prescindible.

Control de constantes vitales.

Instauración de vía intravenosa.

Administración de gotas midriáticas (ciclopléjico, fenilefrina y tropicamida) cada 15 minutos hasta que esté suficientemente dilatada la pupila. Dependerá de las características del paciente.

Ayudar en el traslado del paciente.

Proporcionar apoyo psicológico y emocional al paciente.

Contestar cualquier pregunta con el fin de minimizar el estrés y la ansiedad.

Periodo postoperatorio: Una vez terminada la intervención quirúrgica, hasta que el paciente es dado de alta.

Instalar al enfermo e informar a su acompañante.

Se le controlará las constantes vitales (estables en las últimas dos horas).

Vigilar los signos de sangrado.

Recuperación completa de movilidad y sensibilidad preoperatoria.

Ausencia de náuseas y vómitos. Ausencia de dolor ocular moderado o intenso.

Tolerancia hídrica y/o alimenticia.

Micción espontánea confirmada.

Responsable acompañante disponible.

Entrega de medicación analgésica personalizada.

Entrega del informe médico de alta oftalmológico.

Visto bueno del oftalmólogo y anestesiólogo, firmando el alta junto a la enfermera responsable de la Unidad.

Cuidados básicos al alta.

Se debe informar al paciente que no debe realizar movimientos bruscos con la cabeza ni realizar grandes esfuerzos. Deberá dormir boca arriba o sobre el lado contrario al ojo operado durante cuatro o cinco días. Durante los primeros cuatro o cinco días no debe echar la cabeza hacia delante (tener cuidado al colocar medias, atar zapatos). Puede ver la televisión y leer sin cansarse después de pasadas 24 horas de la intervención. No puede conducir ninguna clase de vehículos ni utilizar maquinaria peligrosa hasta pasadas 72 horas. No debe frotarse el ojo durante un mes después de la intervención. Evitar dietas que puedan producir estreñimiento y esfuerzo en la deposición. Si presenta un ligero dolor puede tomar algún calmante los primeros días.

En caso de presentar algún signo de alarma, como dolor intenso, un ojo muy rojo y doloroso, una disminución brusca de la visión, secreciones abundantes y amarillentas, visión doble; deberá acudir al servicio de urgencias.

Una vez entregada el alta, el paciente acudirá al día siguiente a la consulta de oftalmología para comprobar que la lente se encuentre correctamente colocada.

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión bibliográfica nos ayuda al entendimiento del largo proceso de reconocimiento y tratamiento a lo largo de la historia de esta patología, además de su gravedad y prevalencia. Además de ello, en base a los objetivos previamente propuestos, se comprueba que el papel de enfermería en la intervención de esta patología es indispensable y no sólo en la propia intervención quirúrgica, sino también en la etapa de recepción del paciente, con la disminución y control de su posible ansiedad, además del control tras la cirugía, ya que la enfermera responsable la que en última instancia será la que dé por buena el alta del paciente.

6 Bibliografía

1. Lozano Alcázar J. La cirugía de catarata hasta 1748. *Cir Ciruj.* 2001; 69: 141-143.
2. Ascaso FJ, Huerva V. The History of Cataract Surgery. *Cataract Surgery Farhan Zaidi.* 2013; 6: 75-90. Valor García M. Influencia de los cuidados enfermeros en la recuperación de pacientes intervenidos de catarata senil. [Máster]. Instituto Oftálmico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.; 2012.

3. Cano Montesinos E, Rubio Jiménez C. Cirugía de la Catarata: Facoemulsificación. *Enfermería Integral*. 2004; 68: 4-13.
4. Arocas Lázaro F, Llebrés Molina A, Carreño Sánchez S. Protocolos de enfermería en la preparación de una intervención de cirugía de cataratas. *Enfermería integral*. 2008; 81:43-46.

Capítulo 19

ENFERMERÍA Y LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD

SERGIO ESTEBAN ESTEBAN

SANDRA FERRERO SERRANO

LYDIA RUBIO LÓPEZ

ALEJANDRO BORGE MARTINEZ

ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ

1 Introducción

La vejez es la última fase del ciclo vital, esto acarrea una mayor debilidad tanto física como emocional lo que se puede ver agravado por la depresión.

La depresión es una enfermedad cuyas características más relevantes son: la tristeza, cansancio, disminución paulatina del estado de ánimo entre otras. A su vez, es una de las enfermedades más comunes y más complicadas de detectar en un adulto, este hecho se incrementa en el anciano el cual, dependiendo de una serie de factores de riesgo es más susceptible de padecerla.

A lo largo de muchos años se ha estigmatizado de diversas maneras la depresión, en general, esto ha llevado consigo que muchas personas rechacen acudir a un psicólogo o se sienten limitados a la hora de pedir ayuda, aunque la salud mental ha ganado mucho terreno en ese sentido, es preciso fomentar un ambiente de estabilidad y confianza en estas personas para poder tratarlas de una manera eficaz.

Hoy en día es de vital importancia localizar a los ancianos más susceptibles de padecer depresión para dar una atención de calidad, todo esto añadido a un diagnóstico claro puede evitar su desarrollo ya que, si bien depende mucho del estadio en el que se encuentre dicha enfermedad, el desenlace podría ser fatal, siendo el final de esta el suicidio.

2 Objetivos

- Explicar los tipos de depresión que existen y sus consiguientes factores de riesgos en el anciano mayor.
- Facilitar información precisa a los familiares o cuidadores de ancianos para poder detectar de una manera más rápida aquellos ancianos susceptibles de padecer la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo hemos realizado una búsqueda exhaustiva y una revisión sistemática en algunas bases de datos importantes como: Pubmed, Google académico, Medline, Cochrane Plus y algunas revistas reconocidas como Scielo, de la cual se han recogido minuciosamente artículos para nuestro estudio. El idioma que hemos utilizado para realizar la búsqueda es el español.

Palabras claves: depresión senil, tristeza, demencia y trastornos mentales.

4 Resultados

Dada la importancia de reconocer la depresión en el anciano de la manera más rápida posible, es necesario plasmar una clasificación de los tipos de depresión, para ello, vamos a clasificar según el grado de presentación de los síntomas en: Depresión severa, Depresión moderada y Depresión leve.

Depresión severa: es aquella en la que los síntomas se encuentran muy avanzados en el paciente y su estilo de vida se encuentra inmerso en una tristeza profunda que lleva consigo una alteración en el desarrollo normal de su vida.

Depresión Moderada: Es aquella en la que la persona transmite acarrear bastantes de los síntomas más comunes de la depresión. Depresión Leve: es aquella en la que apenas se están desarrollando los primeros síntomas de la depresión, este sería el momento idóneo para dar un diagnóstico.

Una vez plasmados los diferentes tipos de depresión, el segundo paso en el presente trabajo es delimitar los síntomas psicológicos más habituales de la depresión en el anciano.

- Tristeza profunda que puede desencadenar en llantos constantes.
- Cansancio regular sin realización de ninguna actividad física.
- Apatía, con una notable disminución del entusiasmo.
- Disminución de las interacciones sociales, lo que conlleva un significativo aislamiento del anciano de sus familiares y amigos.
- Baja autoestima.
- Mal humor.
- Disminución de las ganas de vivir.
- Pérdida de apetito con la consiguiente pérdida de peso.
- Ansiedad.
- Disminución en la capacidad para pensar y tomar decisiones.
- Dolores de cabeza.
- Insomnio o dificultad para conciliar el sueño.
- Disminución de la actividad física, lo que conlleva un notable deterioro del estado general.
- Ideas suicidas.
- Dificultad para afrontar situaciones difíciles.
- Disminución de la libido.

Como hemos visto estos son sólo algunos de los síntomas mas acusados en el anciano con depresión. Existe una sintomatología física de la depresión en el anciano como: Cefaleas, deterioro del estado general asociados a dolores musculares, dificultad en la movilidad, fatiga entre otros.

Es importante que tanto el personal sanitario y la familia a cargo de una persona mayor, sepan identificar de manera precoz síntomas y actitudes en el anciano que puedan ser indicativos del comienzo de una posible depresión. Para ello es necesario saber cuáles son los factores de riesgos asociados a la depresión en el anciano:

Factores de riesgos más comunes:

- Genéticos: existen personas más predispuestas genéticamente a sufrir depresiones, aunque este grupo es muy reducido.
- Sociales: dentro de estos factores de riesgos podríamos mencionar los siguientes: vivir solo, dependencia de otros familiares o cuidadores para realizar las actividades de la vida diaria, abuso de sustancias tóxicas.
- Económicos: pensiones de bajo ingreso.

- Psicológicos: muerte de la pareja, ansiedad o depresión en la adolescencia, dificultad en la aceptación de la dependencia, pérdida o muerte de amigos cercanos.
- Enfermedades que conlleven un deterioro físico o por la cual no puedan valerse por sí mismos, enfermedades mentales.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, la depresión en el anciano es una enfermedad que genera mucha incapacidad a nivel físico y psíquico, produciendo un aumento considerable en la morbilidad de estos, por eso es vital que el personal de enfermería pueda enseñar a los familiares a detectar la sintomatología antes mencionada para hacer una valoración diaria del estado psicológico de nuestros ancianos.

Es importante que una vez se detecte el inicio de una posible depresión en el anciano, éste pueda acceder a una atención de calidad con un psicólogo o psiquiatra según valoración médica.

Algunas de las acciones que podemos llevar a cabo para mejorar el estado del anciano con depresión son las siguientes:

- Crear un vínculo de confianza con el anciano en el que se sienta seguro y pueda expresarse.
- Prestar especial atención a los cuidadores y familiares, enseñarlos a tratar con el anciano en estas circunstancias.
- Crear ambientes sanos, a ser posible con otros ancianos de su misma edad y en las mismas circunstancias.
- Hacerlos sentir útiles, integrarlos en la unidad familiar, realizar actividades con ellos que los hagan mantener una cierta actividad física.

6 Bibliografía

1. Serrano Santos P y Cols . Depresión. Guía de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2001. I:10-11.
2. Menchón JM, Crespo JM, Antón JJ, Depresión en ancianos en Curso de Formación Continuada en Geriátrica 2001.
3. Cobo Domingo JC, Jordan Valenzuela M, López Ruiz, MB, Cuidados de Enfermería. Depresión en los ancianos. Experto universitario en Enfermería 2021.
4. Márquez Cardoso E, Soriano Soto S, García Hernández A, Falcon García MP. Depresión en el adulto mayor: Frecuencia y factores de riesgos asociados. Octubre 2005.

5. Andraca F. Suicidio en adultos mayores: generalidades. *Geriatrka*. 1998;14:17-23.
6. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*. Vol.21 N° 21. Enero 2007.

Capítulo 20

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LESIÓN PENEANA

LORENA ÁLVAREZ ESCOBAR

1 Introducción

Paciente varón de 74 años que acude a su médico de atención primaria por descubrirse una lesión en el pene.

Dado su antecedente en 2014 en el que fue operado de una adenectomía Millin, es remitido a urgencias de su hospital de referencia, donde el médico especialista, urólogo, pasa a valorar dicho hallazgo.

Tras la toma de muestra de la lesión, se obtiene como resultado un Ca de pene que afecta al glándula, imposibilitando la retracción del prepucio y con una secreción hematomatosa.

Se programa para intervención quirúrgica. Para ello se realiza un preoperatorio completo, que consta de electrocardiograma, toma de constantes vitales, somatometría, anamnesis con antecedentes personales y familiares, analíticas sanguíneas completas y consulta con el médico anestesista.

Con un preoperatorio que no contraindica la intervención quirúrgica, se realiza una penectomía parcial, a la espera de evolución y resultado de pruebas complementarias más específicas, para decidir si sería preciso realizar una linfadenectomía posterior.

Tanto el post operatorio inmediato, como el tardío transcurren sin incidencias. La herida quirúrgica no presenta ningún tipo de complicaciones. La sonda vesical es retirada y se consigue una buena dinámica miccional.

Es por todo ello que se procede a dar el alta al paciente para su domicilio.

2 Objetivos

- Exponer un caso clínico de lesión penéana y las funciones del TCAE ante este.
- Describir cómo diagnosticar de manera eficaz la dolencia del paciente.

3 Caso clínico

Al paciente varón de 74 años que se le ha detectado mediante biopsia de una lesión penéana, un cáncer de pene, se le realiza un preoperatorio para intervención quirúrgica programada y las siguientes pruebas complementarias:

Urocultivo, negativo.

PCR SARS-Cov-2 (Covid-19): Indetectable.

TAC Abdominal: no se observan adenopatías mediastínicas, hiliares ni axilares en rango patológico. Pequeños ganglios mediastínicos y axilares bilaterales de eje corto subcentimétrico y aspecto inespecífico.

Pequeña burbuja aérea adyacente a pared posterior de la tráquea que podría estar en contexto de pequeño divertículo traqueal.

Engrosamiento de paredes bronquiales en contexto de bronquiopatía.

Lesiones pleuroparenquimatosas de probable origen residual en ambos ápex.

Hígado sugerente de esteatosis hepática. Bazo normal.

Engrosamiento de ambas glándulas suprarrenales con pequeña lesión nodular de 6 mm en glándula suprarrenal izquierda.

Páncreas sin lesiones aparentes.

Riñones de tamaño y morfología normales.

Vejiga sin lesiones aparentes.

Aumento del tamaño prostático.

Aorta de calibre normal.

No se observan adenopatías retroperitoneales ni mesentéricas en rango patológico.

Analítica sanguínea:

Bioquímica, normal.

Hematólogo, normal.

El paciente acude el día citado para ingresar en la planta de urología, para su intervención quirúrgica programada. Es recibido por la enfermera, que le informa sobre el funcionamiento de la unidad una vez que se instala en su habitación.

Se le realiza el protocolo preoperatorio, por lo que se le canaliza una vía venosa periférica en antebrazo de MSI de calibre 18 y se le coloca suero fisiológico para mantener vía.

Se informa que deberá guardar ayuno de 8 horas pre intervención.

Se realiza la toma de constantes vitales y se realiza el PAE. Todo ello se registra de manera adecuada en su historia clínica.

A la mañana siguiente, se le indica al paciente que se de una ducha, se quite la ropa interior y se ponga el camisón proporcionado y retire joyas y posibles prótesis dentales.

A continuación es trasladado al bloque quirúrgico para su operación.

4 Discusión-Conclusión

Una vez finalizada la intervención quirúrgica y el paciente ha pasado a la URPA, dónde se realizan los cuidados post operatorios inmediatos, llega a cumplir criterios para ser dado de alta a su unidad de hospitalización.

Una vez en ella, la enfermera recibe al paciente para monitorizar sus constantes vitales, controlar el drenaje, comprobar la permeabilidad de la sonda vesical y el estado del apósito quirúrgico. Constata también la sueroterapia y la medicación administrada.

Posteriormente, se iniciará tolerancia oral con dieta progresiva cuando cumpla las horas protocolarizadas y según estado del paciente.

Tras tres días de ingreso y evolucionando favorablemente, el paciente es dado de alta a su domicilio con las siguientes recomendaciones:

- incorporación progresiva a la vida diaria.
- Higiene diaria con agua y jabón.
- No realizar actividad física importante durante una semana.
- Controlar erecciones espontáneas, si no es posible, aplicar hielo local.
- Acudirá a su enfermera de atención primaria para curas locales.
- Acudirá a revisión en consultas externas de urología en la fecha indicada.
- Si dolor, paracetamol 1g c/8 horas.

5 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001276.htm>.

Capítulo 21

TRASTORNO DE ANSIEDAD

GEMA GARCIA RUBIO

1 Introducción

En latín “anxietas” significa congoja o aflicción .Y representa uno de los mayores trastornos en las poblaciones occidentales en nuestra época.

La ansiedad consiste en un estado de malestar psicofísico que se caracteriza por desasosiego y una amenaza constante aunque no tenga una causa definida.

Es más habitual en mujeres y la franja de aparición está entre los 20 y 40 años. Entre sus síntomas más comunes están los temblores, la sudoración, un aumento del ritmo cardiaco, hiperventilación (respiración acelerada), una sensación de debilidad o cansancio así como nerviosismo y sensación de peligro inminente y se pueden presentar pensamientos irracionales.

Entre otros, como síntomas externos el cuerpo puede sudar y presentar palpitaciones malestar físico como dolores de barriga y cabeza.

No se conoce la causa de la ansiedad, pero se supone que factores genéticos, la condición biología y química del cerebro y el estrés pueden tener un importante peso así como ciertos rasgos de la personalidad como la timidez o el retraimiento, eventos traumáticos durante la infancia adolescencia o edad adulta o antecedentes familiares de ansiedad u otros trastornos mentales o afecciones físicas como tiroides o arritmias.

Muchas veces la ansiedad es una reacción al estrés y no es algo totalmente negativo porque es también un mecanismo de defensa para enfrentar situaciones concentrarse u obtener un impulso de energía.

Se transforma en algo malo cuando esta no desaparece y empeora con el tiempo interfiriendo en nuestras actividades diarias cómo es el trabajo la escuela o las relaciones interpersonales.

Hay varios tipos de trastorno de ansiedad: aquellos que sufren ansiedad generalizada se preocupan por problemas como salud dinero trabajo o familia de manera excesiva y constante. Las personas que padecen trastorno de pánico sufren ataques repentinos y repetidos que les hace experimentar un miedo intenso sin que exista un peligro aparente. Las fobias son un miedo irracional algo que representa poco o ningún peligro como es la fobias a las arañas o serpientes, a volar, a lugares concurridos etcétera. También existe el trastorno de estrés postraumático o el trastorno obsesivo compulsivo.

Raro, diferente, miedo, tenso, cansado, triste, apático son palabras muy habituales en el vocabulario de una persona que padece de ansiedad.

El uso de cafeína otras sustancias y ciertos medicamentos pueden empeorar sus síntomas.

Los medicamentos para tratarla incluyen ciertos antidepresivos y en muchas ocasiones será necesario tener que probar varios hasta dar con el adecuado.

2 Objetivos

- Definir los trastornos de ansiedad y sus características.
- Profundizar en un mejor conocimiento de una mejora terapéutica para tratar el trastorno de ansiedad.
- Analizar los factores y riesgos que predisponen a una persona para padecer un posible trastorno de ansiedad.

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 ansiedad se tiende a identificar con el estrés:

La palabra estrés es un término que proviene de la física y se refiere a la presión que ejerce un cuerpo sobre otro pudiéndolo destrozar y se acabó adaptando a la psicología para denominar una situación de desequilibrio anímico.

Hay que diferenciar entre estrés positivo y negativo:

El estrés positivo es un proceso natural que implica un mecanismo de defensa de adaptación circunstancial para activarse a la hora de poder resolver una situación compleja que exige que el organismo se ponga a la defensiva.

El estrés negativo o ansiedad sería aquel en el que cualquier ser humano o animal parece haber desequilibrado el equilibrio de su organismo causándole fatiga irritabilidad ir a y pudiendo hacer aparecer consecuencias físicas debidas al aumento de gasto de energía y falta de fuerzas. Entre los efectos que produce en el organismo están la vasoconstricción, la taquicardia, una ralentización del intestino, pérdidas de pigmentación en el cabello, liberación excesiva en la sangre de glucocorticoides, cortisol y adrenalina así como un aumento de la glucosa haciendo que la sangre se haga trombolítica por lo que pueden aumentar los accidentes cardiovasculares y otros tipos de trombosis.

A nivel psicológico, se trata de un trastorno que afecta al campo cognitivo conductual y emocional ,de hecho el estrés es concebido por muchos expertos como una emoción entre cuyas respuestas más observables están la apatía ,la inestabilidad emocional y una tristeza y nerviosismo generalizados que inunda a la persona y llega a destrozar la vida de quien la padece.

Selye describe tres fases por las que atraviesa el organismo cuando se enfrenta a una situación estresante:

1. Reacción de alarma.
2. Fase de resistencia (en la que se trata de responder de una manera correcta a la situación de alarma).
3. Fase de agotamiento en la que pueden hacer presencia ciertas afecciones como aftas, acné, estreñimiento, insomnio, migrañas, alopecia, vaginismo, vómitos, pesadillas, etc.).

Teniendo en cuenta que la ansiedad favorece hábitos de consumo perjudiciales para la salud como el consumo de tabaco y alcohol, laxantes ,pastillas para dormir, alimentos ricos en azúcar y grasa es muy importante que el personal de enfermería recalque la importancia de adquisición de buenos hábitos como el ejercicio físico así como del abandono progresivo de aquellos perjudiciales como los anteriormente mencionados, pues estamos ante un trastorno que puede transformarse en algo extremadamente peligroso porque puede derivar en algo fatídico y se trata de una afección muy habitual en el mundo que nos ha tocado vivir.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro mundo tan apresurado la depresión y la ansiedad son demasiado comunes en las consultas de salud mental y producen serios desarreglos en la vida de las personas que lo padecen, por ello es muy importante que sea abordado de forma eficaz y desde varios ángulos para tratar de mejorar la vida de los pacientes que la padecen y lograr ayudarles a conseguir que sean capaces de tomar las riendas de su vida.

Debe ser controlado porque si no se trata correctamente o se trata de mantener a raya las recaídas por ansiedad pueden ser algo común.

Tratándose de una afección emocional y no una enfermedad como muchos expertos sostienen resulta de vital importancia la información por parte del personal de enfermería de la reeducación de hábitos como es el caso del “mindfulness” que es un programa estructurado de Medicina complementaria que enseña a la persona a centrarse en el momento presente y utiliza técnicas de atención plena orientado a aliviar el dolor y mejorar el bienestar.

6 Bibliografía

1. Social anxiety disorder <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18374843>.
2. Consultada página Medline medicinePlus de NIH.
3. El gran malentendido de la ansiedad generalizada (Rocío e Iñigo Lacasa) psicólogos clínicos Enfermería fundamental manual de preparación EIR 2016 tema 946.
4. Santachita, A, Vargas, M Mindfulness en perspectiva Asociación Española de neuropsiquiatría 2015 <https://www.bing.com/search?q=ansiedad+sintomas&cvid=575db1095b1c4b8f835338bcb14896fb&aqs=edge.5.69i57j0j69i59j0l6.7729j0j1&pqlt=43&FORM=.&PC=U531#:text=de%20la%20ansiedad-,https%3A//www.emonetoon.es>.

Capítulo 22

ENFERMERÍA EN PATOLOGÍAS DERIVADAS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS

EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN

ALVARO NOGUERO CRUZ

GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS

1 Introducción

Los virus que originan la infección por virus de inmunodeficiencia humana virus de inmunodeficiencia humana (VIH)) son retrovirus, los cuales son virus ARN que se replican mediante un ADN mediador, que depende del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, derivada del ARN y que se encuentra dentro del virión. Este conjunto enzimático consiente copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Esta causa para sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN, solo es aplicable a estos virus.

De esta forma, la familia de los retrovirus está fraccionada en varias subfamilias: oncoviridae, espumaviridae y los lentiviridae, las cuales tienen, desde el punto de vista de sus operaciones biológicas, diferentes características. Estos últimos originan inmunodeficiencia, pues causan la pérdida lenta y progresiva de las células

que infectan. Dentro de este subgrupo los que inducen la enfermedad en los seres humanos son el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- 1 y 2, descubiertos 1983 y 1986, respectivamente (1).

Analizaremos las patologías que son motivo de ingreso urgente en los pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) además de favorecer la aparición de infecciones y tumores poco habituales ha modificado la expresividad clínica de otras enfermedades comunes. Así, la tuberculosis (TBC) es extrapulmonar o diseminada; la sepsis por salmonella no typhi es recurrente, y la sífilis puede presentarse como formas meningovasculares graves o sin respuesta serológica.

2 Objetivos

Conocer las enfermedades relacionadas con la inmunodeficiencia humana.

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

Por aparatos localizamos:

- Patología respiratoria. Es la causa de consulta más frecuente, sobre todo neumonía por pneumocystis jirovecii y carinii, bronquitis o traqueo- bronquitis agudas, TBC y neumonía bacteriana. Otros menos habituales son neumonía por citomegalovirus, infección por micobacterias atípicas, nocardia, criptococosis pulmonar, candidiasis broncopulmonar, neumonía por herpes simple, sarcoma de Kaposi, etc. Los pacientes con clínica aguda o subaguda de infección bronquial (tos, expectoración purulenta y roncus), con radiografía normal y ausencia de insuficiencia respiratoria, pueden ser tratados de modo ambulatorio con eritromicina o amoxicilina- clavulánico. Para pacientes con un esputo positivo para

micobacterias, isoniacida, pirazinamida, rifampicina y etambutol. Como el pneumocystis no puede ser cultivado, el diagnóstico de presunción de pneumocystis es establecerá en una clínica diferente de la asociada a otros modos de inmunodepresión (aparición de disnea de esfuerzo, tos no productiva, fiebre durante días o semanas, además de una radiografía que evidencia infiltrados pulmonares intersticiales difusos y bilaterales, e hipoxemia con incremento del gradiente alvéolo-arterial de oxígeno).

La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se relaciona con el desarrollo precoz de enfisema pulmonar y una mayor prevalencia de un patrón obstructivo en la espirometría en pacientes infectados, aunque hay que tener en consideración que, en la mayoría de los casos, los pacientes presentaban un hábito tabáquico.

También se ha observado que estos pacientes están más predispuestos a desplegar tuberculosis, ser infectados por el virus H1N1 y sufrir hipertensión arterial pulmonar.

El fármaco de elección en cuanto a la patología respiratoria, para el tratamiento de neumonía por pneumocystis es el trimetoprim-sulfametoxazol. La afectación pulmonar en modo de embolias sépticas es la forma de comienzo de una endocarditis en paciente adicto a drogas por vía parenteral.

La incidencia de cáncer de pulmón en pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha aumentado desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad.

- Patología neurológica. Incluyen encefalitis aguda por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), encefalopatía subaguda o demencia causada por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), mielopatía subaguda, toxoplasmosis cerebral, criptococosis, encefalitis por citomegalovirus, linfoma cerebral primario, meningitis por micobacterias y leuco-encefalopatía multifocal progresiva. La consulta tiene lugar por aparición de focalidad neurológica o convulsiones, disminución del nivel de conciencia, síndrome meníngeo e incluso fiebre sin focalidad. Si el cuadro es difuso y sin focalidad unilateral, conviene ejecutar diagnóstico diferencial con intoxicación por opiáceos u otros fármacos. Se han de corregir los trastornos metabólicos. Junto a estos realizamos una punción lumbar, TAC cerebral o RMN. La presencia de cefalea intensa no traumática, ataxia, fiebre, escaso síndrome meníngeo y un TAC con dilatación ventricular, sugiere la infección por criptococo. Una TAC con masas hipodensas, únicas o múltiples, con captación periférica de contraste sugieren encefalitis por toxoplasma, iniciando un tratamiento pirimetamida y sulfadiazina. De modo concomitante se administran anticomiciales y el edema cerebral se trata con dexametasona.

- Fiebre sin focalidad de más de una semana de evolución. Se ha de ejecutar una anamnesis detallada y minuciosa, junto a un hemograma, bioquímica, hemocultivos para bacterias y micoplasma, así como radiografía de tórax y abdomen. Entre las causas habituales de estos cuadros consideramos diseminación de micobacterias, citomegalovirus, criptococo, sepsis por salmonella, endocarditis del adicto a drogas, y el síndrome constitucional.
- Patología cutánea. Entre estas, dermatitis seborreica, foliculitis, alopecia, vasculitis leucocito-clástica, sarcoma de Kaposi, herpes simple, (lesiones en mucosa y labios), herpes zoster (su incidencia se incrementa de manera exponencial en el paciente infectado por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y puede debutar como la primera manifestación de la enfermedad), engrosamiento hiperqueratósico blanquecino de los bordes laterales de la lengua e invasión cutánea por linfoma y micobacterias. Las toxicodermias tienen una elevada incidencia en relación con el tratamiento con dosis altas de sulfamidas en la neumonía por pneumocystis carinii. También flebitis sépticas o infecciones de partes blandas, como patología más benigna.
- Patología digestiva. La elevada incidencia de patología orofaríngea en el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) obliga a una revisión detallada de la cavidad en todos los pacientes. Candidiasis orofaríngea, manchas blancas con fondo eritematoso, y mucositis por herpes simple oral y anal, son las entidades más frecuentes. La primera se trata con nistatina o miconazol, reservando ketoconazol y fluconazol para casos más severos o rebeldes. Suelen ser patologías recurrentes. En el segundo caso, el tratamiento es aciclovir o famciclovir vía oral. Otras patologías menos acostumbradas son leucoplaquia vellosa en los márgenes de la lengua, relacionada con papovavirus y el virus de Epstein-Barr, que no suele requerir tratamiento, salvo en casos rebeldes que lo haremos con aciclovir. El sarcoma de Kaposi, sobre paladar óseo, puede observarse en forma de masas sobreelevadas de color rojo y este tipo de tumor también puede producir una hemorragia digestiva alta en función de su ubicación (sarcoma gástrico y/o duodenal). El esófago habitualmente está afectado por candidiasis, citomegalovirus y herpes. Se ha de iniciar el tratamiento con ketoconazol o fluconazol. La diarrea está presente en el 50-90% de los pacientes con SIDA y en el 45-88 % de los casos puede llegar a identificarse el agente etiológico de la misma. Puede producir diarrea crónica y conducir al síndrome de malabsorción. El tratamiento es con zidovudina. A veces, la diarrea se debe a infección intestinal por cryptosporidium, isospora, salmonella, shigella, giardia, amebas, etc.
- Púrpura. La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el origen más frecuente de trombopenia. El cuadro es indistinguible de la púrpura trom-

bopénica idiopática clásica, caracterizado por la aparición de púrpura y equimosis, trombopenia y normalidad de las restantes series, médula ósea con incremento de megacariocitos y presencia de anticuerpos antiplaquetarios. Se emplea habitualmente prednisona a dosis de 1 mg/kg/día. Otras alteraciones hematológicas concomitantes son la anemia, leucopenia, trombopenia o combinación de ellas.

- Patología cardiovascular: la pericarditis es la manifestación cardíaca más frecuente en pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), originado en 1 de cada 5 pacientes por un derrame pericárdico. La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) también origina enfermedad miocárdica (miocardiopatía dilatada), aumenta el riesgo de desarrollar hipertensión arterial y pulmonar (con o sin cor pulmonale), enfermedad arterial periférica, estados de hipercoagulabilidad, prolongación del intervalo QT, dislipemias (disminución de los niveles de cHDL y cLDL con incremento de los triglicéridos), arteriosclerosis, diabetes, síndrome metabólico y enfermedad coronaria.

5 Discusión-Conclusión

Con la ejecución de la atención médica a las personas con VIH/sida en los consultorios médicos de la familia, el equipo de salud debe de tener en consideración estos aspectos puntuales para ofrecer un servicio exhaustivo a los pacientes y concretar los nuevos cambios que ha experimentado el programa.

La variedad de las investigaciones relacionadas y no relacionadas a virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que atañen a las personas afectadas por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) requerirá de un manejo multidisciplinario por parte de las diversas especialidades de la medicina y la cirugía como también de otras profesiones de la salud por lo que se deben instituir redes formales de consulta y derivación al interior de los Servicios de Salud que certifiquen a estas personas la atención por profesionales calificados y tiempos máximos entre solicitud y asignación de horas, el acceso expedito y oportuno a estudios de imágenes, hospitalización de baja complejidad y en unidades de cuidados intensivos.

El rol de la Atención primaria de salud es trascendental en la detección, consejería y desviación oportuna de los casos positivos al nivel de atención ambulatoria de especialidades.

6 Bibliografía

1. Lamotte Castillo José Antonio. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN [Internet]. 2014 Jul [citado 2022 Feb 10] ; 18(7): 993-1013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es.
2. González Labrador, Ignacio, Arteaga Mena, Diana, & Frances Márquez, Zoraida. (2015). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: desarrollo histórico e importancia del conocimiento para su prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral, 31(1), 98-109. Recuperado en 08 de febrero de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100013&lng=es&tlng=es.
3. Mendoza Altuna Teresa. Síndrome de inmunodeficiencia común variable a propósito de un caso. Med. segur. trab. [Internet]. 2013 Dic [citado 2022 Feb 08] ; 59(233): 444-447. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000400008&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000400008>.
4. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/SIDA. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2010 Jun [citado 2022 Feb 08] ; 27(3): 239-276. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000300013&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000300013>.

Capítulo 23

LA RESISTENCIA INMUNOLÓGICA Y SUS REACCIONES POR ENFERMERÍA

EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS

MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN

ALVARO NOGUERO CRUZ

GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS

1 Introducción

Comenzaremos diciendo que fueron Coombs y Gell los que llegaron a establecer las cuatro tipologías en cuanto a las reacciones sobre la hipersensibilidad, a las cuales, se les añadieron posteriormente otros dos.

Nos encontramos en el desempeño de nuestro trabajo, con una variabilidad y con diferentes reacciones anafilácticas y sus tipos, las cuales pasamos exponer:

- Reacción tipo I o anafiláctica. Los anticuerpos o reagentes son tipo Ig E.

Al ingresar los antígenos, como un suero extraño, polen de las plantas, antibióticos, venenos de insectos, etc.; por primera vez, el individuo se sensibiliza, es decir, sintetiza Ig E específicas, que se disponen sobre la superficie de los mastocitos y basófilos. Al repetirse el contacto con el antígeno tiene lugar la reacción antígeno - anticuerpo y posteriormente se liberan los denominados mediadores de la anafilaxia como los ya preformados o primarios: mastocitos y basófilos, que son histamina, factor quimiotáctico de los eosinófilos, diversas enzimas; los que

deben ser sintetizados o secundarios, derivados del ácido araquidónico por la vía de la lipooxigenasa: Sustancia de reacción lenta de la anafilaxia, prostaglandinas, factor activador de plaquetas, etc.

Entre las acciones que destacan, nos encontramos con la vasodilatación, un aumento de la permeabilidad vascular, contracción de músculos lisos, secreción de moco...

Se producen cuando el paciente, previamente sensibilizado, establece de nuevo contacto con el antígeno (alérgeno). Puede ser anafilaxia general, cuando el antígeno penetra por vía parenteral (inyección de un suero extraño o de un antibiótico, picadura de abeja), manifestado mediante insuficiencia circulatoria aguda o shock anafiláctico, atribuible a dilatación de vasos pequeños y al aumento de permeabilidad. O bien puede tratarse de anafilaxia local o atopia, si el antígeno ingresa por uno de los orificios naturales y establece contacto con las mucosas, como el polen por ejemplo que actúa sobre la mucosa nasal desencadenando crisis de rinitis alérgica o fiebre del heno, crisis de asma bronquial. La anafilaxia cursa con eosinofilia sanguínea.

2 Objetivos

Conocer las cuatro clases principales, más las dos que se sumaron después, de manifestaciones a las que se puede ver sometido nuestro organismo en cuanto a las reacciones inmunológicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Reacción tipo I o anafiláctica . Los anticuerpos o reaginas son tipo Ig E.
- Reacción tipo II, citotóxica o citolítica. Los anticuerpos son Ig G o Ig M y los antígenos estructuras de las membranas celulares o haptenos, general- mente

medicamentos. La reacción antígeno-anticuerpo supone la activación del complemento y la destrucción de la célula mediante la fagocitosis, promovida por opsoninas o por lisis directa. Es la responsable de citopenias hemáticas: Anemias, leucopenias, trombopenias producidas por anti- cuerpos dirigidos contra medicamentos.

- Reacción tipo III o por inmunocomplejos. Los anticuerpos son ordinariamente Ig G y los antígenos, cuando son conocidos, pueden ser un suero extraño, productos bacterianos, hongos, etc. Tres escenarios pueden plantearse:

1. Formación de complejos en los propios tejidos. Acontece en el pulmón del granjero, alveolitis alérgica extrínseca, insuficiencia respiratoria.
2. Formación de complejos in situ. Tiene lugar en algunas glomerulonefritis.
3. Inmunocomplejos circulantes, con formación de complejos en el torrente sanguíneo, con predilección en el glomérulo, articulaciones y piel. Son ejemplos la enfermedad del suero, glomerulonefritis determinadas, vasculitis.

- Reacción tipo IV, ligada a la presencia de células o tardía. Reside en la reacción inmunológica celular contra los antígenos que pueden ser de agentes vivos o productos exógenos diversos, y dando origen a las lesiones tisulares. La reacción radica en un foco inflamatorio rico en células mononucleares; cuando no se logra eliminar el antígeno constituyen granulomas, con células epitelioides que son macrófagos transformados, y células gigantes multinucleadas, resultado de la fusión de macrófagos. Se desarrollan enfermedades infecciosas y dermatitis de contacto.

- Reacción tipo V o estimulante o inhibidora. Los anticuerpos circulantes reaccionan con antígenos de la membrana celular que son receptores para funciones específicas, y el resultado es la estimulación o inhibición de la actividad correspondiente.

- Reacción tipo VI o citotóxica celular anticuerpos-dependiente. Colaboran anticuerpos y las células K, pues son los primeros que se fijan sobre las células que van a ser atacadas y atraen a las K, que están dotadas de receptores para el fragmento Fc y llevan a cabo la agresión.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar de la exposición destacaremos lo más relevante de estas reacciones inmunológicas, en cuanto al complejo funcionamiento de nuestro sistema inmunitario al ser un enredadísimo órgano de reconocimiento y defensa, de cuyo buen funcionamiento dependerá la salud de los individuos. Como expusimos anteriormente, estas alteraciones, pueden producir el desenca-

denamamiento de una reacción alérgica, en la cual participan células que liberan, y para que todos lo entendamos sin tecnicismos, en nuestra opinión decir que unos mediadores inflamatorios, que son los responsables inmediatos o tardíos de los síntomas que pueden padecer los pacientes ya sea cualquiera de las reacciones expuestas, el organismo siempre sacara sus defensas para el adecuado y correcto funcionamiento de nuestro importantísimo sistema inmune.

6 Bibliografía

1. A.K. Abbas, A.H. Lichtman, S. Pillai. Hipersensibilidad inmediata. Inmunología celular y molecular, 6a, pp. 441-461.
2. K.D. Stone, C. Prussin, D.D. Metcalfe. IgE, Mast Cells, Basophils, and Eosinophils. J Allergy Clin Immunol, 125 (2010), pp. S73-S80 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2009.11.017>
| Medline.
3. P. Devillier. Médiateurs des mastocytes et des basophiles. Traité d'allergologie, pp. 209-218.
4. A.K. Abbas, A.H. Lichtman, S. Pillai. Enfermedades producidas por respuestas inmunitarias: hipersensibilidad y autoinmunidad. Inmunología celular y molecular, pp. 419-440.
5. W.J. Pichler, J. Adam, B. Daubner, T. Gentinetta, M. Keller, D. Yerly. Drug hypersensitivity reactions: Pathomechanism and clinical symptoms. Med Clin N Am, 94 (2010), pp. 645-664 <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2010.04.003>
| Medline.
6. A. Klosa, A.J. Tennerb, K.O. Johswicha, R.R. Agerb, E.S. Reisc, J. Köhlc. The Role of the Anaphylatoxins in Health and Disease. Mol Immunol, 46 (2009), pp. 2753-2766 <http://dx.doi.org/10.1016/j.molimm.2009.04.027>
| Medline.
7. H.L. Wright, R.J. Moots, R.C. Bucknall, S.W. Edwards. Neutrophil function in inflammation and inflammatory diseases. Rheumatology, 49 (2010), pp. 1618-1631 <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keq045>
| Medline.
8. S. Bournazos, J.M. Woof, S.P. Hart, I. Dransfield. Functional and clinical consequences of Fc receptor polymorphic and copy number variants. Clin Exp Immunology, 157 (2009), pp. 244-254.
9. A. Gierut, H. Perlman, R.M. Pope. Innate Immunity and Rheumatoid Arthritis. Rheum Dis Clin North Am, 36 (2010), pp. 271-296 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rdc.2010.03.004>

| Medline.

10. P. Venge. The eosinophil and airway remodelling in asthma. *Clin Respir J*, 4 (2010), pp. 15-19 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-699X.2010.00192.x>

| Medline Suppl. 1.

11. T.M. Alfaro, C. Duarte, R. Monteiro, A. Simão, S. Calretas, J.M. Nascimento Costa. Churg-Strauss syndrome: Case series. *Rev Port Pneumol*, 18 (2012), pp. 86-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppneu.2011.12.001>

| Medline.

12. F. Hay, O. Westwood. Hypersensitivity (type III). *Immunology*, 7a, pp. 461-477.

Capítulo 24

EXPOSICIÓN DE CONOCIMIENTOS EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN

PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS

EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

ALVARO NOGUERO CRUZ

GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS

1 Introducción

En la exposición de los conocimientos en traumatismo craneoencefálico (TCE) tenemos que concretar que es una patología habitual en los países desarrollados y compone la primera causa de mortalidad y discapacidad en la población menor de 45 años, la edad de mayor riesgo se sitúa entre los 15 y los 30 años, a partir de esta edad, la incidencia empequeñece hasta volver a elevarse entre los adultos de 60 y los 65 años. Es uno de los orígenes más frecuentes de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

El origen más acostumbrado de traumatismo craneoencefálico (TCE) son los accidentes de tráfico, la segunda más habitual son los precipitados por diferentes alturas. El TCE tiene mayor incidencia en hombres en mujeres.

El consumo de alcohol acrecienta el riesgo de traumatismo tanto en los accidentes de tráfico como en las caídas y en las agresiones. Los TCE que se originan debido a una caída afectan principalmente a niños y personas mayores de 65 años.

La National Head Injury Fundation concreta el daño cerebral traumático como un “daño al cerebro, de naturaleza no degenerativa, originado por una fuerza externa, que puede provocar una disminución o alteración del estado de conciencia, dando como resultado un deterioro del funcionamiento de las capacidades cognitivas y físicas”.

2 Objetivos

- Actualizar conocimientos en el cuidado al paciente con traumatismo craneoencefálico por parte del personal de enfermería.
- Dar a conocer cuáles son los cuidados básicos del paciente con traumatismo craneoencefálico.

3 Metodología

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

4 Resultados

La GCS es una tabla de valoración del nivel de conciencia y se establece en la observación de tres parámetros; la respuesta ocular que evalúa el correcto funcionamiento del tallo cerebral, la respuesta verbal que proporciona al evaluador información sobre la comprensión y el funcionamiento de los centros cognitivos y permite al paciente demostrar que tiene capacidad para expresar una respuesta y la respuesta motora. Fue elaborada por los neurocirujanos británicos Graham Teasdale y Bryan Jennet y se publicó por primera vez a mediados del siglo XX en la revista The Lancet.

Según GCS una puntuación de 13 a 15 indica un TCE leve o simplemente una contusión cerebral, una puntuación de 9 a 12 un TCE moderado y TCE grave si la puntuación de esta escala es de 3 a 8 puntos. En cualquiera de las tres formas de

TCE debe de instaurarse precozmente el tratamiento y si es posible, en el lugar del accidente.

Vía aérea y ventilación:

- Se manejará al traumatizado siguiendo el protocolo de “Soporte Vital Avanzado al Trauma”.
- Se comprobará que la vía aérea es permeable, se aspiraran secreciones si precisa para evitar la obstrucción de la vía y se colocará una cánula de Guedel, cánula orofaríngea para asegurar la permeabilidad.
- La intubación endotraqueal es la técnica de elección para el aislamiento definitivo de la vía aérea. Es necesario asegurar un aporte de oxígeno para mantener saturaciones por encima del 95 %.
- Se monitorizará al paciente con un pulsioxímetro o un capnógrafo.

Circulación:

- La hipotensión arterial influye negativamente en el pronóstico del TCE aumentando el doble el riesgo de fallecimiento sobre todo cuando se trata de un traumatismo severo.
- Se canalizarán dos catéteres periféricos de un calibre grueso, preferentemente de 14G y 15G.
- Se recomienda utilizar soluciones salinas isotónicas para lograr alcanzar una tensión arterial sistólica por encima de 90mmHg y así prevenir la aparición de una isquemia cerebral secundaria al TCE, localizar y recuperar pulsos normales, 60-100 lpm.

Exploración neurológica:

La exploración neurológica ha de incluir siempre una valoración pupilar y una valoración del nivel de conciencia. Toda alteración del nivel de conciencia son consideradas emergencias letales hasta que se estabilicen las funciones vitales. La valoración del nivel de conciencia es el aspecto más importante y de mayor valor predictivo.

Para la valoración neurológica se utiliza la GCS, anteriormente mencionada, se medirá el nivel de conciencia en diferentes intervalos del tiempo dependiendo de la situación del paciente:

- En los TCE en los que existe una disminución del nivel de conciencia suele continuar un estado de confusión, desorientación y pueden ocurrir alteraciones en la memoria.
- En los TCE leves o moderados hay que valorar la existencia de una amnesia postraumática (APT). Definimos amnesia postraumática (APT) a la alteración de la memoria retrógrada y anterógrada. La APT puede estar presente durante un tiempo indefinido, su duración puede ser de segundos a meses. La APT se exam-

ina indicando al paciente que recuerde tres palabras, por ejemplo: reloj, bicicleta y ventana, al cabo de un tiempo debe de repetir estas tres palabras.

Se define el final del coma cuando un paciente es capaz de abrir los ojos, gracias a este dato se distingue el “coma” de otros acontecimientos como el estado vegetativo persistente o el síndrome de “locked in”. La exploración neurológica de un paciente que acaba de sufrir un TCE puede ser dificultosa si el paciente ha ingerido alcohol, drogas o presenta una agitación psicomotriz.

Examen pupilar:

- Se explorarán exhaustivamente las pupilas buscando cambios en la simetría y en la reactividad.
- En el examen pupilar evaluaremos el tamaño en milímetros, la simetría de las pupilas y su reactividad a la luz.
- La ingesta de alcohol o sustancias puede aumentar o empequeñecer el tamaño y alterar su reactividad. La atropina puede dar lugar a pupilas midriáticas (pupilas dilatadas) que responden mal o directamente no responden a la luz.
- Las sustancias opioides provocan pupilas puntiformes en las que es imposible evaluar una respuesta a un estímulo luminoso.
- Un episodio anóxico o una hipotensión grave dan lugar a una midriasis en ambos ojos, arreactiva que se revertirá una vez se corrija la causa del problema.
- La hipotermia y los barbitúricos pueden provocar una falta de reactividad pupilar.
- Cuando el paciente se encuentre bajo los efectos de fármacos sedantes y relajantes musculares se utilizará la escala RASS para conocer el grado de sedación.
- La evaluación la realizará el médico junto al personal de enfermería, durante las primeras seis horas se realizará con frecuencia evaluaciones completas: tamaño y reactividad pupilar, movilidad de las extremidades, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, frecuencia y ritmo cardiaco, tensión arterial, temperatura y exploración de los pares craneales.

El TCE es uno de los principales problemas socioeconómicos más importantes de los últimos años debido a su alta mortalidad, especialmente en las primeras 48 horas, la estancia en el hospital de los pacientes que lo sufren y a las graves secuelas posteriores que pueden acarrear. Su causa más frecuente son los accidentes de tráfico, causa que aumenta su riesgo si se consume alcohol especialmente. Ambas causas pueden prevenirse por eso debe hacerse hincapié en su prevención.

El TCE es un problema de salud pública que existe desde el comienzo del ser humano aunque su mecanismo de lesión ha ido evolucionando con el desarrollo tecnológico. Los accidentes de tráfico han incrementado su incidencia en el siglo XXI lo que ha motivado a buscar medidas de prevención y nuevas opciones de

tratamiento.

El abordaje terapéutico se basa principalmente en la escala del coma de Glasgow (GCS), sin embargo, no solo podemos tener en cuenta la ECG para establecer un pronóstico si no que es de suma importancia llevar a cabo un examen físico completo para verificar si existen lesiones y así poder determinar el pronóstico y un tratamiento adecuado para el paciente.

En cuanto a los cuidados básicos enfermería en la unidad de cuidados intensivos:

1. Lavado de manos, medida más transcendental contra la infección nosocomial.
2. Correcto manejo de los catéteres. Protocolo de bacteriemia zero.
3. Sonda urinaria con mantenimiento de sistema cerrado.
4. Evitar la aparición de úlceras por presión (UPP). Su no aparición es un indicador de calidad de los cuidados prestados. La mejor intervención por parte del personal de enfermería para el tratamiento de la úlcera por presión (UPP) es la prevención.
5. Movilizaciones cada 6 horas, siempre y cuando el paciente lo tolere. Prevención tromboembolismo.

Como podemos observar a través de la exposición del traumatismo craneoencefálico (TCE), debemos conocer todos los factores que actúan en el funcionamiento del tejido cerebral normal, así como los escenarios post-TCE, es fundamental para entender e interpretar correctamente los datos clínicos y de laboratorio del paciente a nuestro cargo con afectación de TEC grave. Asimismo, conocer la evidencia existente acerca de las terapias posibles tanto las encontramos actualmente en uso, así, como experimentales, permitirán instaurar en forma racional y juiciosa una terapia que permita, dentro de lo posible, evitar o minimizar un daño cerebral de otra manera irreversible.

El conocimiento y el manejo de la GCS es fundamental ya que es el examen más importante, examen que debe completarse con un examen físico para comprobar si existen más lesiones.

La existencia de protocolos específicos sobre TCE y el conocimiento de qué parámetros deben controlarse para el manejo adecuado de un TCE es fundamental para un buen pronóstico y un buen tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

A la vista está que de la exposición de los traumatismos craneoencefálicos, que hemos realizado llegamos a la conclusión y opinión por unanimidad que son lesiones que, revisten una gran gravedad y que dependerá de los cuidados que se le practiquen en las unidades o servicios de cuidados o vigilancia intensiva que el

control de las constantes, de la presión intracraneal, de la aparición de complicaciones, en cuanto a las respuestas, comenzando por las valoraciones iniciales, con el abordaje terapéutico de la valoración, principalmente en la escala del coma de Glasgow (GCS), aunque como vemos no nos podemos quedar ahí porque además esta valoración deberá ir unida a un exhaustivo reconocimiento físico para valorar o destacar las posibles lesiones, que pudiera presentar. Con lo descubierto se podrá establecer un diagnóstico, para el correcto y adecuado plan de cuidados.

6 Bibliografía

1. C. Calderón Dimas, G. Rodríguez Benítez, R. López Castillo, A. García Sandoval, R. Ramírez Cano. Intervenciones de enfermería en la atención al adulto con traumatismo craneoencefálico grave. Rev Enferm IMSS. 2015; 23.
2. M. Antónia Poca. Actualizaciones sobre los traumatismos craneoencefálicos (TCE).
3. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.
4. Altad López, S. Bermejo Aznárez, M. Chico Fernández. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Revista de Medicina Intensiva. 2009; 33:16-30.
5. Silvera Alvez MS. Cuidados enfermeros del paciente neurocrítico con monitoreo de la presión intracraneana. Enfermería: Cuidados Humanizados. Junio 2015; 4 6. (1): 32-38.
7. A. Ortiz. Traumatismo encefalocraneano (TEC). Una puesta al día. Revista médica. 2006; 17(3); 98-105.
8. J. Sahuquillo. Protocolos de actuación clínica en el traumatismo craneoencefálico.
9. (TCE) leve. Comentario a la publicación de las guías de la Sociedad Italiana de Neurocirugía. Revista en la Internet. Febrero 2006; 17 (1): 5-8.
10. M.D Francisco Guzmán. Fisiopatología del trauma craneoencefálico. Colomb. Med. Septiembre 2008; 39: 78-84.
11. Peña Rodríguez, AM. Manejo y cuidados de enfermería en el paciente neurocrítico. Hipertensión intracraneal y alteración del nivel de conciencia. Universidad de Valladolid. 2018. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/30533>.
12. Wegner A Adriana, Wilhelm B Jan, Darras M Enrique. Traumatismo encefalocraneano: Conceptos fisiológicos y fisiopatológicos para un manejo racional. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2003 Ene [citado 2022 Feb 10]; 74(1): 16-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000100003&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062003000100003>.

Capítulo 25

CUIDADOS POST-PARADA CARDIORRESPIRATORIA: DESDE EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO A CUIDADOS INTENSIVOS

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

MARÍA MARÍN SABARIEGO

JOAQUÍN PANCORBO MENA

1 Introducción

Tras una parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria deben de administrarse una serie de cuidados que traten la causa de dicha parada, así como el sistema nervioso y cardiaco para obtener la mejor recuperación de las funciones vitales globales posible. (Morandeira Rivas & Bernardino Santos, 2016).

Los objetivos principales por conseguir serían los siguientes: (European Resuscitation Council (ERC), 2015)

- Estabilización del paciente y traslado a una unidad de vigilancia intensiva lo antes posible.
- Transporte medicalizado adecuado para el mantenimiento de las funciones vitales adecuadas y optimizadas.
- Prevenir y tratar la posibilidad de parada cardíaca recurrente. No es infrecuente que una parada recuperada pueda volver a fracaso cardíaco.
- Optimización de la oxigenación y ventilación.

- Mantener una adecuada perfusión tisular.
 - Evitar y tratar todo aquello que pueda contribuir a agravar la lesión cerebral.
- El pronóstico dependerá de los factores que propiciaron la parada, así como del tiempo transcurrido desde el comienzo del paro cardíaco hasta el inicio de la reanimación cardiopulmonar (RCP), del tiempo de RCP y de los cuidados postresucitación. (C. Morandeira Rivas, 2016)

Por lo tanto, los cuidados postresucitación son un eslabón esencial en la cadena de supervivencia y para evitar el “síndrome postparada”: una cascada de eventos cuya característica fundamental son la lesión cerebral anóxica, la disfunción miocárdica, la respuesta sistémica “isquemia/reperfusión” y la patología propia de la causa desencadenante del paro cardíaco. (Navarro-Vargas & Díaz, 2014)

2 Objetivos

Conocer los cuidados de Enfermería a realizar tras una PCR extrahospitalaria y en las primeras 24 horas tras su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa utilizando las bases de datos Pubmed, Dialnet y Scielo, además del manual de Soporte Vital Avanzado del European Resuscitation Council (ERC, 2015). La búsqueda ha tenido lugar desde el 5 hasta el 8 de junio de 2022. Para la búsqueda se han seleccionado las siguientes palabras clave categorizadas como términos MeSH y DeCS: Cuidados de Enfermería/Nursing Care, Parada Cardiorrespiratoria/Heart Arrest; a través de las cuales hemos construido cadenas de búsqueda con los operadores “Y/AND” y “O/OR”. Para guardar las referencias hemos hecho uso del gestor Mendeley. Finalmente fueron incluidas en esta revisión 4 fuentes bibliográficas.

4 Resultados

Una vez recuperado el paciente de una parada in situ en el medio extrahospitalario debemos hacer una rápida valoración inicial empezando por recabar información, en la medida de lo posible y sin disminuir la atención al paciente, sobre los siguientes aspectos: ((ERC), 2015; C. Morandeira Rivas, 2016; Navarro-Vargas & Díaz, 2014)

- Antecedentes del paciente: alergias, patologías, calidad de vida previa a la PCR, intervenciones quirúrgicas y prótesis; y una historia clínica lo más detallada posible de lo acontecido al paciente.
- Tiempo transcurrido desde el comienzo de la PCR.
- Tiempo de inicio del soporte vital básico y avanzado.
- Duración de la RCP.
- Revisión y optimización de la valoración ABCD.
- Valoración de la administración de fluidoterapia y fármacos vasoactivos para aumentar la perfusión a todos los órganos vitales.

Esta valoración inicial se complementará más tarde, en el hospital con la monitorización hemodinámica continua de la presión arterial invasiva, presiones venosas centrales, gasto cardíaco, diuresis, etc.; en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Una vez en el medio hospitalario, en la UCI, los cuidados de enfermería irán dirigidos a un control exhaustivo de las constantes vitales, con una especial atención a la situación neurológica del paciente para evitar un riesgo de incremento de lesiones cerebrales. Sería preciso una valoración neurológica horaria del paciente que incluya: (C. Morandeira Rivas, 2016; (ERC), 2015; Fernández Gil, Cruz Bajo, & Cruz García, 2017)

- Escala de Coma de Glasgow (GCS).
- Examen pupilar.
- Tono y movilidad de las extremidades.
- Escala ESCID, suponiendo que el paciente está conectado a ventilación mecánica.
- Escala RASS, atendiendo a una correcta sedoanalgesia.
- Valor del índice bispectral (BIS).

Por otro lado, debemos atender los siguientes aspectos para completar los cuidados iniciales al paciente tras una PCR, ya en UCI: (C. Morandeira Rivas, 2016; Fernández Gil, Cruz Bajo, & Cruz García, 2017)

- Control de adecuada saturación de oxígeno, así como una normocapnia para evitar una hipocapnia secundaria que lleve a una vasoconstricción indeseada y ésta a una isquemia cerebral.
- Control de una presión arterial media óptima para una correcta perfusión cerebral.
- Control de diuresis horaria.
- Control de todas las perfusiones continuas (especialmente sedación y drogas vasoactivas).
- Mantenimiento de vías centrales y vías arteriales.
- Controles de gases venosos o arteriales a demanda.

- Control y cuidado del tubo endotraqueal, así como la aspiración frecuente de secreciones.
- Controles de glucemia por turno, deberían ser tratados valores de glucosa en sangre $>10\text{mmol/L}$ ($>180\text{mg/dL}$).
- Balance hídrico cada 24h.
- Control de temperatura, evitando una posible hipertermia que conlleve un mayor deterioro neurológico. Si es necesario se debe recurrir a antipiréticos y medidas físicas, así como sistemas de hipotermia terapéutica como “Artic Sun®”.

5 Discusión-Conclusión

El personal de Enfermería está involucrado en la recuperación del paciente tras una parada cardiorrespiratoria desde un primer momento a través de sus cuidados. El conocimiento y la sistematización de dichos cuidados mejoran su calidad y eficacia, y a su vez evita los posibles errores en la transferencia del medio extrahospitalario al hospitalario.

De entre todos los cuidados de Enfermería a aplicar, tienen una especial consideración los relacionados con el estado neurológico del paciente, ya que tienen un mayor impacto en su futura calidad de vida y autonomía.

En definitiva, los profesionales de Enfermería deben adquirir y desarrollar un rol fundamentado en el proceso de atención disciplinar que permita de una forma sistemática y lógica valorar, planear y ejecutar las acciones de cuidado en estos pacientes en plena recuperación post PCR.

6 Bibliografía

C. Morandeira Rivas, M. B. (2016). Cuidados Post-Parada Cardiorespiratoria (PCR). Recomendaciones ILCOR 2015. Revista Anestesiar, 4.

Fernández Gil, V., Cruz Bajo, M., & Cruz García, M. E. (2017). Plan de cuidados de Enfermería en un paciente tras parada cardiorrespiratoria por un equipo de emergencia. Revista Electrónica de Portales Médicos.

Navarro-Vargas, J. R., & Díaz, J. L. (2014). Síndrome Posparo Cardíaco. Revista Colombiana de Anestesiología.

Capítulo 26

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CATÉTERES DE LINEA MEDIA

ANA FERNÁNDEZ PÉREZ

SANDRA GARCIA SÁNCHEZ

1 Introducción

El catéter de línea media ha relevado a el antiguo drum el cual era para accesos venosos pero en casos en que no tengan ningún acceso periférico el paciente a tratar.

Por ello, previo a la inserción, el manejo y cuidado del cuidador indica la necesidad de una revisión bibliográfica y elaboración de una guía rápida - cartel sobre los cuidados que se deben realizar en estos dispositivos de acceso periférico en cualquier ámbito, tanto intrahospitalario y extrahospitalaria.

Las enfermeras son responsables de evaluar la colocación y el uso de los catéteres de línea media. Una vez decidida la zona anatómica y el tipo de catéter, la técnica se realizará con la máxima esterilidad y cuidado del paciente. la línea media es un catéter venoso cuya longitud puede variar entre 4 y 30 cm. Su inserción es periférica y alcanza venas de diámetros importantes, ya que se introduce en el brazo (y no en el antebrazo, como en el caso del catéter corto). La inserción se hace con técnica Seldinger o MicroSeldinger (MST).

Está fabricado en Poliuretano de clase II (un mes de duración) o de clase III (duración superior a un mes), material conocido por tener una elevada biocompatibilidad, lo que se traduce en un menor riesgo de lesionar la íntima venosa y una alta resistencia química, por lo que los fármacos no lo debilitan.

2 Objetivos

- Describir que tipo de cuidados ha de realizar enfermería para conservar y evitar la infección en un catéter de línea media.

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 de línea media por parte de enfermería. Palabras clave: cuidados, catéter, vena, técnica.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica, realizamos una búsqueda que nos permitió optar por incluir el nivel de evidencia sobre el manejo de catéteres de línea media y cuidados esenciales por parte de los profesionales de enfermería en nuestros artículos de trabajo y textos de conocimiento.
- Los profesionales de enfermería conocerán los tipos de complicaciones que pueden ocurrir tras la inserción de un catéter central o línea media.
- En algunos artículos se nos dice que actualmente la atención se basa en la bacteriemia cero, programa que se realiza en muchos hospitales para evitar infecciones de catéter.
- Por ello, la enfermería debe siempre lavarse las manos e higienizarse antes de realizar la operación, y seleccionar correctamente el sitio de punción.
- También aprendimos que enfermería puede detectar flebitis donde se inserta el catéter periférico. La función que debe realizar el profesional es retirar el catéter de línea media inmediatamente para evitar que se expanda más y colocar alguna pomada o calor para que desaparezca el edema que produce.
- Otra complicación puede ser la extravasación, que ocurre cuando el catéter no está insertado en la vena y todos los líquidos o medicamentos están en el cuerpo. Como resultado, fue atacado y deteriorado por el paciente. Si lo encuentra, la enfermera también debe retirar el catéter de línea media y avisar al responsable más directo. El incidente se registrará para evitar un mayor deterioro.
- Enfermería debe cuidar el catéter de línea media ya que es donde va a poder realizar la administración de todo el volumen de suero, antibióticos etc. Por ello

deberá proteger el catéter de forma que no pueda tropezar o aparecer un accidente y se produzca una retirada accidental, por ello existen apositos adecuados para la proteccion de este.

5 Discusión-Conclusión

El acceso venoso con el catéter de línea media es aquel que como se ha documentado en la actualidad es frecuentemente utilizado ya que da muchos beneficios en la enfermería actual y puede generar menos tiempo a la hora de poder infundir varias administraciones de medicación .

Es un tema que en la actualidad se está incorporando en todos los hospitales dado que es un avance a la hora de que el paciente no sufre tantos pinchazos, evita colocación de un catéter central el cual tiene muchos riesgos y complicaciones del paciente.

Hemos elegido este tema para completar nuestra formación y enseñar el catéter de línea media.

6 Bibliografía

- 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.
- 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. Evidencia [Revista en internet]. 2006; 3(9).

Capítulo 27

MANEJO DE LA GASTROENTERITIS AGUDA. ¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS? RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES Y FAMILIAS

VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ

MARCO ALDONZA TORRES

IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN

ANA IZCO SALINAS

TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA

1 Introducción

La gastroenteritis aguda o GEA es una patología pediátrica muy común en la infancia y una de las principales causas de morbilidad en la infancia con elevados costes sanitarios. Es más común y puede ser más grave en niños menores de 5 años, especialmente en los primeros meses de vida. Por la aparición brusca y aparatosa de sus síntomas, es una de las principales consultas en los servicios de urgencias pediátricas, tras las infecciones respiratorias y sienta también causa de hospitalización en la primera infancia. (1)

Según definiciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) y la Sociedad Europea de Infectología

Pediátrica (SEIP) la gastroenteritis aguda (GEA) es un síndrome clínico de inicio súbito caracterizado por diarrea, acompañada o no, de náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal como consecuencia de una infección gastrointestinal. El cambio de consistencia de las heces es más significativo que el aumento de la frecuencia, ya que los lactantes acostumbran a tener deposiciones frecuentes. Se considera aguda cuando su duración es inferior a 2 semanas, pero no suele durar más de 7 días. (1,2)

La gravedad de la GEA se relaciona con el agente causal que la provoca. (3) Esta puede ser bacteriana o vírica, predominando en nuestro medio la causa vírica. El rotavirus es responsable de los casos más severos de deshidratación e ingresos hospitalarios, de origen nosocomial, sobre todo entre los más pequeños. Entre las bacterias más comunes están el *Campylobacter*, *E. Coli*, *Salmonella* y los parásitos como la *Giardia Lamblia* y *Cryptosporidium parvum*. Las estaciones de primavera y verano y la presencia de sangre en heces son unos buenos predictores del origen patogénico. (4)

Aunque la deshidratación es leve en la mayoría de los casos, su prevención es uno de los objetivos principales del manejo de las GEA para evitar ingresos hospitalarios y complicaciones mayores del proceso.

2 Objetivos

- Actualizar los conocimientos de los profesionales sobre la gastroenteritis aguda y su atención.
- Actualizar a los profesionales para poder informar a los cuidadores de los niños con GEA sobre el manejo de este proceso en el hogar. Medidas de prevención y cuidado.
- Detectar las complicaciones derivadas de esta patología por parte de los profesionales para que los padres conozcan las posibles complicaciones y cuando deben acudir a los servicios de urgencias.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión sistemática sobre gastroenteritis en pacientes pediátricos en diferentes las bases de datos o buscadores como Google Académico, Dialnet y el Índice Medico Español, Cuiden y Medigraphic con artículos acotados de los últimos 8 años en español Se consultó también información en la AEPED y otros libros de pediatría. Se han utilizado palabras clave más rel-

evantes para la búsqueda en español: gastroenteritis aguda, urgencias, pediatría, deshidratación, tratamiento, cuidados de enfermería.

Para completar la búsqueda, también se utilizó literatura disponible en formato papel como libros, revistas médicas y de enfermería y publicaciones de expertos y protocolos de distintos centros hospitalarios españoles.

4 Resultados

Los episodios GEA en los niños se resuelven rápidamente. Son procesos autolimitados y su diagnóstico es fundamentalmente clínico. En la mayoría de los casos, solo se requiere una evaluación clínica del paciente con un historial completo y un examen físico cuidadoso. Las prioridades en el manejo en los servicios de urgencias es la resolución de la deshidratación, en caso de que se haya producido, y la atenuación de signos y síntomas, que frecuentemente son la diarrea y los vómitos.

La deshidratación es una condición clínica provocada por la pérdida excesiva de agua y electrolitos, y que inicialmente implica un daño variable a nivel circulatorio que puede afectar a otros órganos y sistemas. Se produce por bajo consumo de agua o deshidratación. La causa más frecuente suelen ser las secreciones gastrointestinales debidas a un proceso infeccioso. Puede clasificarse según la pérdida de agua o electrolitos en: (5)

- Isotónica o isonatrémica: Pérdida de agua y electrolitos en la misma proporción. La más frecuente.

- Hipotónica o hiponatrémica: Alto riesgo de shock.

- Hipertónica o hipernatrémica: Síntomas neurológicos si son graves.

Según la intensidad, las deshidrataciones se clasifican en:

- Leves: pérdida hídrica del 3-5% del peso corporal.

- Moderadas: pérdida hídrica del 6-9% del peso corporal.

- Graves: pérdida hídrica del 10% o superiores del peso corporal.

Existen escalas diseñadas para predecir la progresión de la enfermedad y para la atención clínica. Algunos tienen como objetivo educar a los padres sobre la posible progresión de la GEA en su hijo y sugerir tratamientos alternativos disponibles que puedan personalizar el seguimiento de manera anticipada. (6 PREDICTIVE RISK) Otras escalas ayudan a gestionar y predecir la hospitalización. Por ejemplo, la ESPGHAN recomienda la Escala de Deshidratación Clínica (CDS) por su sencillez y fiabilidad entre los observadores, y ha sido validada en los últimos años por su capacidad para predecir el aumento de la necesi-

dad de rehidratación intravenosa, el peso, los requerimientos de sangre y de hospitalización. (2, 4)

La escala de deshidratación clínica pediátrica de la ESPGHAN basada en la exploración clínica, da 0, 1 o 2 puntos a los ítems:

Exploración clínica 0 1 2 puntos.

-Aspecto general: Normal, Inquieto o letárgico pero irritable, Obnubilado, comatoso, frío o sudoroso.

-Ojos: Normales, Algo hundidos, Muy hundidos.

-Mucosas y lengua: Húmeda Pegajosas Secas.

-Lágrimas: Presentes, Escasas, Ausentes.

Interpretación:

-0 puntos. No hay deshidratación.

-1-4 puntos. Deshidratación leve.

-5-8 puntos. Deshidratación moderada o grave.

La evaluación de la enfermedad es fundamentalmente clínica, en sus formas leves o moderadas, y deben ser valorado por el pediatra, que generalmente no requiere estudios adicionales. Pero hay que tener en cuenta que, si no se corrige la deshidratación, en el caso de que la hubiera, aumentaría el riesgo de ingreso en unidades de hospitalización. Los factores de riesgo de ingreso hospitalario son: (7,8)

-Niños menores de 1 año.

-Signos de desnutrición.

-Más de 5 deposiciones diarreicas en 24 horas.

-Más de 2 vómitos incoercibles en 24 horas.

-No ingesta de líquidos por vía oral ni tolerancia de los mismos.

-Retirada precoz de la lactancia materna durante el proceso.

Aunque la deshidratación es un determinante importante de la gravedad inicial de la GEA, no es el único, por lo que deben evaluarse también variables como el patrón respiratorio, el tiempo de relleno capilar, turgencia de la piel...también se deben evaluar datos clínicos para los que existe consenso. Los datos clínicos que aconsejan el ingreso de lactantes y niños pequeños con GEA son:

-Shock.

-Deshidratación grave (ej. pérdida de peso mayor del 9%).

-Manifestaciones neurológicas (letargia, convulsiones, etc.).

-Vómitos incoercibles.

-Sospecha de alguna patología quirúrgica.

-Fracaso de la rehidratación oral.

-Dificultad de manejo familiar.

La edad es un factor importante para valorar. Los recién nacidos son más susceptibles a la deshidratación, ya que 80% de su composición corporal es agua, en tanto en un lactante (1-24 meses) es alrededor del 70%, por lo que, si la pérdida de agua corporal es deficiente, su salud puede verse afectada. Ojos y fontanelas hundidas, respiración anormal, labios y boca secos, disminución del tiempo de relleno capilar, signo de pliegue positivo para valorar turgencia de la piel, tono pálido cutáneo, escasa diuresis o pasar más de 6-8 horas sin mojar el pañal, extremidades distales frías, signos neurológicos como la somnolencia o irritabilidad imposible de calmar...son signos claros de una deshidratación moderada y/o fuerte. (8)

Otra escala para valorar clínicamente el estado de deshidratación del paciente pediátrico es la escala de Golerick, la cual consta de diez parámetros clínicos y se interpreta:

- Deshidratación leve: < 3 hallazgos
- Deshidratación moderada: > 3 hallazgos
- Deshidratación grave: al menos 6 o 7 hallazgos.

Tratamiento.

Nuestro objetivo a seguir es el mantenimiento del estado nutricional, la reintroducción temprana del niño a su dieta y actividades habituales.

El tratamiento de la GEA tiene cuatro pilares que son: (2,8)

-Rehidratación: Reiniciar la ingesta de líquidos tan pronto como sea posible. Si el niño o bebé toma leche materna aumentar número de tomas. Si toma leche de fórmula preparar los cacitos sin diluir más y ofrecer más frecuentemente.

Si se sospecha de deshidratación, utilizar sueros de rehidratación oral de venta en farmacia cada 4-6 horas. En deshidratación grave, shock o vómitos persistentes hay que valorar el ingreso hospitalario y rehidratación intravenosa.

-Alimentación: Reintroducir la alimentación pronto. Comida ligera según el apetito del niño. Evitar grasas y azúcares.

-Fármacos: En la mayoría de los casos no es necesario. o Antieméticos como la metoclopramida no se deben usar de forma rutinaria. En vómitos grandes son de gran utilidad. Su uso es controvertido. (9) o Los probióticos. El uso de *Lactobacillus* es una de las principales medidas terapéuticas y preventivas ya que favorecen el restablecimiento del equilibrio de la flora intestinal. Estudios han demostrado mejoría de estos procesos si se administran precozmente en las primeras 48 horas. (10) o Antibióticos. No hay evidencia de mejoría en su uso rutinario. Sólo en *Shigella*, *Salmonella* y *Campylobacter* siempre y cuando tengamos resultados positivos en coprocultivo. o Antimicrobianos. Para parásitos como *Giardia Lamblia* o *Criptosporidium*.

-Prevención y vacunación: Dado que la principal vía de contagio es la fecal-oral, la medida de higiene más efectiva es el lavado de manos frecuente con agua y jabón y/o desinfectantes hidroalcohólicos después del contacto con el paciente o sus heces. Esta medida es importante a nivel familiar y en colegios o guarderías para evitar la aparición de brotes.

La GEA producida por rotavirus es un proceso con elevada morbilidad, aunque autolimitado la mayor parte de las veces, ocasiona costes importantes. Dada la excreción del microorganismo en cantidades elevadas y la persistencia prolongada en superficies con capacidad infectiva, las medidas higiénicas no son del todo efectivas para frenar el contagio. La vacunación sería una prevención efectiva en este caso.

Según la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) y otros manuales de atención enfermera, podemos sacar varias recomendaciones para familias y cuidadores en el manejo de la gastroenteritis aguda en el hogar y ser capaces de identificar los signos y síntomas de las posibles complicaciones de la enfermedad y cuando es necesario acudir a urgencias. (2,11,12)

El objetivo principal es evitar la deshidratación:

- Para ello cuando el niño pierde líquido por vómitos o deposiciones hay que reponerlo bebiendo. Utilizar suero de rehidratación oral de venta en farmacias. Nunca bebidas isotónicas como las que podemos comprar en supermercados. El suero hay que tomarlo despacio (una cucharada cada 5 min) aumentando la cantidad progresivamente según tolerancia. Mantener aporte de líquidos entre tomas e iniciar tolerancia a sólidos.

- No es necesario el ayuno. Ofrecer comida sin forzar. Es normal que tengan poco apetito.

- Si el niño toma leche materna aumentar el número de tomas. Si toma leche de fórmula no diluir de más los cacitos de leche en polvo.

- Una dieta suave es suficiente. No es necesario hacer una dieta astringente. Mejor cereales (arroz y trigo), pan, patata, carne magra, yogurt. Evitar legumbres, grasas y azúcar.

Acudir al servicio de urgencias si:

- Si el niño vomita mucho, y no tolera sólidos ni líquidos.

- Si los vómitos son de color verde bilioso, sanguinolentos o con restos oscuros.

- Si el niño está somnoliento, estado general decaído, llora sin lágrimas, no moja los pañales o tiene los ojos o fontanela hundidos.

- Si las deposiciones son líquidas, abundantes y frecuentes.

A tener en cuenta:

- Hay que tener una mayor vigilancia con los lactantes y recién nacidos. Se

deshidratan más fácilmente.

- No administrar medicamentos para la diarrea o los vómitos sin consultar con su pediatra.

5 Discusión-Conclusión

La GEA es un proceso de alta incidencia que da lugar a numerosas consultas en los servicios de urgencias pediátricas. Los padres y cuidadores a menudo están muy preocupados por los síntomas repentinos y el malestar que genera en los niños. Para hacer frente a la incertidumbre del manejo de la enfermedad y la anticipación de complicaciones como la deshidratación o las deficiencias nutricionales, es necesario difundir información veraz de manera precisa y basada en la evidencia.

Por lo tanto, el personal de enfermería debe estar actualizado sobre los cuidados e intervenciones necesarias para acortar el curso de la enfermedad y conocer los signos y síntomas de las posibles complicaciones para no retrasar el tratamiento. Una buena educación sanitaria puede prevenir la hospitalización por gastroenteritis y otras formas más graves de la enfermedad.

Debido a la alta prevalencia de la GEA, esta enfermedad tiene un fuerte impacto en la Salud Pública, por lo que es importante recomendar la vacunación contra el rotavirus, que es muy segura en lactantes menores de dos años. Desde el personal de enfermería podemos ofrecer unos consejos sanitarios muy útiles sobre alimentación, medidas de higiene, uso adecuado de medicamentos y suero de rehidratación oral y cuidados domiciliarios para asegurar una pronta recuperación, y para empoderar a padres y cuidadores en el manejo de la gastroenteritis aguda.

6 Bibliografía

1. De la Flor J. Gastroenteritis aguda. 2019; XXIII (7): 348-355.
2. Sepeap.org. [citado el 22 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2016/04/Gastroenteritis-BR.pdf>.
3. García Vera C, García Ventura M, Del Castillo Aguas G, Domínguez Aurrecoechea B, Esparza Olcina MJ, Martínez Rubio A, et al. Gastroenteritis aguda bacteriana: 729 casos reclutados por una red nacional de atención primaria. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2017;87(3):128-34. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/gea_bacteriana_-_articulo_anales_de_pediatria_2017.pdf.

4. Gastroenteritis aguda [Internet]. *Pediatriaintegral.es*. [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/gastroenteritis-aguda/5>.
5. Investigación RS. Gastroenteritis aguda en edad pediátrica [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/gastroenteritis-aguda-en-edad-pediatrica/>
6. Levine AC, O'Connell KJ, Schnadower D, VanBuren TJM, Mahajan P, Hurley KF, et al. Derivation of the pediatric acute gastroenteritis risk score to predict moderate-to-severe acute gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2022 [citado el 22 de junio de 2022];74(4):446–53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35129163/>.
7. Científica N, González Fernández L, Ganado A. Manejo de la Gastroenteritis Aguda en Pediatría [Internet]. *Index-f.com*. [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.index-f.com/nuberos/2016pdf/2056.pdf>.
8. Ángeles Ma., Herrero G, Olivas López De Soria C, López G. Deshidratación aguda [Internet]. *Aeped.es*. [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_deshidratacion.pdf.
9. Martínez-Hernández A, Martina-Luna M, Rendón-Macías ME, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I, Jiménez-Rivera NJ de J. Prescripción de antieméticos en urgencias en niños con gastroenteritis aguda. *Rev mex pediatr* [Internet]. 2019 [citado el 22 de junio de 2022];86(4):147–50. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0035-00522019000400147&script=sci_arttext
10. Probióticos en pediatría. *An Pediatr Contin* [Internet]. 2005;3(4):248–52. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818\(05\)73290-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818(05)73290-x)
11. Recomendaciones de la SEUP para familias en el manejo de la GEA. https://seup.org/pdf_public/pub/hojas_padres/gastroenteritis.pdf
12. Martín-Crespo C, Medina FJ. Atención avanzada del niño y adolescente con problemas de salud I. Madrid: FUDEN;2012.

Capítulo 28

PACIENTE POLITRAUMATIZADO: VALORACIÓN INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ANDREA VIEJO GONZÁLEZ

BEATRIZ GARCIA MENENDEZ

CRISTINA FERREIRO PELÁEZ

PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA

VANESA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

El paciente politraumatizado, es generalmente un sujeto previamente sano, que presenta un traumatismo de forma brusca, afectando al menos a dos órgano, o bien que compromete su vida, perturbando sus constantes vitales. En los pacientes mayores de 1 año, es la principal causa de incapacidad y muerte. Un 25-35% de estos accidentes, se considera evitable.

Para un correcto tratamiento de estos pacientes, es imprescindible contar con un buen soporte vital extrahospitalario. Uno de los factores más importantes es el tiempo de actuación, siendo vitales los primeros 60 minutos después del traumatismo. Por ello se establece un protocolo de valoración y tratamiento para este tipo de pacientes.

Para una correcta valoración inicial, deben tenerse en cuenta ciertas pautas, en primer lugar, debe prestarse atención, evaluar y tratar las constantes vitales, observando la vía aérea, garantizando su permeabilidad, y llevar un exhausto control circulatorio, a continuación se realiza una valoración neurológica y se expone el cuerpo del paciente en busca de lesiones que comprometan la vida.

Se debe reevaluar continuamente al paciente, si se presentan nuevos problemas, debe iniciarse el protocolo desde el inicio. Una vez estabilizado y controlando las constantes vitales, se realizará una valoración secundaria de cabeza a pies, buscando posibles lesiones. Para finalizar se realiza un reconocimiento terciario, donde se establecen los cuidados definitivos.

2 Objetivos

Conocer la correcta valoración del paciente politraumatizado a su llegada a un servicio de urgencias hospitalarias.

Establecer las prioridades de asistencia de urgencia de un politraumatizado.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el reconocimiento primario del paciente politraumatizado se deben determinar y valorar los problemas que comprometan la vida, siguiendo una estricta secuencia que se inicia con el control de la vía aérea, a continuación se realiza un control respiratorio, circulatorio, valoración neurológica y se finaliza exponiendo las zonas afectadas, teniendo siempre en cuenta que se debe reevaluar las constantes con frecuencia.

Para iniciar el reconocimiento primario, se realiza una exploración de la vía aérea, buscando una posible obstrucción. Se debe realizar una hiperextensión del cuello

para mantener permeable la vía aérea, poniendo atención a aquellos pacientes que presenten posibles lesiones a nivel de la columna cervical, en los que se debe realizar una inmovilización del cuello en posición neutra.

Tras permeabilizar la vía aérea, se realiza un control respiratorio asegurando la entrada y salida de aire en los pulmones. Se descubre el tórax para identificar movimientos respiratorios, controlando la frecuencia respiratoria y valoramos posibles traumas o lesiones a este nivel.

A continuación se realizará una valoración a nivel circulatorio y si existe una hemorragia activa. Debe evaluarse el pulso cardíaco, el color de la piel, el relleno capilar y la perfusión tisular; una palidez exagerada puede sugerir un posible shock hipovolémico.

Debe realizarse una breve y rápida valoración neurológica, evaluando el nivel de conciencia y las pupilas según tamaño, forma y reacción a un estímulo luminoso.

Para finalizar la evaluación primaria debe valorarse el paciente al completo, desvestido, para evitar posibles lesiones ocultas.

Cuando el paciente politraumatizado esta estable y ya se ha finalizado el reconocimiento primario, se realiza una valoración secundaria, empezando por la cabeza, hasta los pies, inspeccionando, palpando y auscultando. Durante la valoración del abdomen debe valorarse una posible lesión dentro de la cavidad y evaluar una posible intervención quirúrgica de urgencia. A la altura rectal debemos buscar presencia de sangre, para descartar una posible hemorragia digestiva.

Tras valorar totalmente al paciente politraumatizado, debemos intentar conocer la historia clínica, que facilitará la decisión de tratamiento y un posible pronóstico.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta y pronta valoración de un paciente politraumatizado es vital para conseguir un buen pronóstico. Una rápida evaluación se basa en una valoración exhaustiva de las constantes vitales.

Es importante establecer y seguir el orden de prioridades, realizando un reconocimiento primario y secundario para evitar cometer errores y realizar una adecuada valoración, lo que facilitará la elección del tratamiento.

Durante la valoración primaria, es importante seguir el orden estricto, empezando por la valoración de la vía aérea y la ventilación, para continuar con un control circulatorio y de hemorragias, examen neurológico y para finalizar, exponer el cuerpo del paciente y de las zonas afectadas, prestando atención a la aparición de una posible hipotermia. A medida que van identificase problemas, deben ir solucionándose. Una frecuente reevaluación de las constantes vitales puede ser decisivo para obtener un buen pronóstico.

En el reconocimiento secundario es importante seguir un orden, empezando por la cabeza hasta llegar a los pies. Una vez estabilizado el paciente debe establecerse el tratamiento adecuado.

6 Bibliografía

1. Bigotes C, Carrera M, Casanova D. Manual de emergencias para enfermería. ELA; Madrid: 1996.
2. Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. Acta méd. peruana [Internet]. 2011; 28(2): 105-111. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007&lng=es/.
3. Prada, C. Accidentes de Tráfico en la Población Española. Medicina Clínica (Barcelona), 1995.
4. Gomez V, Ayuso F, Jimenez G. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. Medicina de familia: SEMERGEN. 2008.

Capítulo 29

EVALUACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE PACIENTES QUEMADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ANDREA VIEJO GONZÁLEZ

BEATRIZ GARCIA MENENDEZ

CRISTINA FERREIRO PELÁEZ

PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA

VANESA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

Las quemaduras producen daño en los tejidos corporales, a causa del contacto directo o indirecto con una corriente eléctrica, calor, radiación o una sustancia química. Este trauma provoca daño cutáneo y alteraciones fisiológicas, pudiendo requerir hospitalización y en muchas ocasiones causando la muerte.

La magnitud de las lesiones producidas por una quemadura, se relacionan con el grado y la extensión de la quemadura, que determinaran el tratamiento posterior, por ello es primordial establecer el grado de la lesión, valorando los antecedentes e historia clínica del paciente.

Precisan de una rápida actuación ya que pueden producir grandes pérdidas de líquidos debido a la destrucción tisular, pudiendo ocasionar complicaciones gas-

trointestinales, infecciones y pérdida de masa muscular, que son factores que determinarán un buen pronóstico de recuperación.

En casos de grandes quemados, es importante una pronta reanimación. Lo primero que se debe hacer es proteger al paciente de la fuente que provoca la quemadura. A continuación se valorará al paciente como a un politraumatizado, siguiendo la secuencia de actuación; permeabilización de la vía aérea, estabilización hemodinámica y valoración de las lesiones.

Debemos valorar la posibilidad de que exista una quemadura por vía inhalatoria, si existiera sospecha o las quemaduras tuvieran una gran extensión, se debe administrar oxígeno humedecido.

2 Objetivos

Describir los tipos de quemaduras y exponer la evaluación y estabilización de pacientes quemados dentro del servicio de urgencias del centro hospitalario

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado 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

Una correcta evaluación inicial del paciente quemado, determinará un adecuado tratamiento, debe realizarse una buena historia clínica, conociendo los antecedentes y enfermedades crónicas, y determinar la profundidad y extensión de las zonas afectadas.

Las quemaduras se clasifican en tres diferentes grados, las de primer grado son las de menor importancia, se ve afectada la epidermis y presentan un dolor intenso, la zona está roja y eritematosa. Las lesiones de segundo grado se extienden por toda la dermis y causan un intenso dolor, aparecen lesiones con forma de

ampolla y presentan una apariencia moteada. Las lesiones más severas son las quemaduras de tercer grado, en las que toda la capa de la piel se ve afectada, pudiendo incluso llegar al tejido muscular u óseo, el paciente no presenta dolor y las lesiones cutáneas varían desde un blanco nacarado hasta un aspecto carbonizado.

Existen diferentes métodos para determinar la extensión del área quemada, siendo el más habitual, la regla de los nueves, que divide las regiones anatómicas, dándoles a cada una de ellas un valor del 9%, siendo menos usada en niños. Esta determinación es muy importante, ya que de su resultado van a depender las necesidades hidroelectrolíticas del paciente.

Las quemaduras térmicas son las más habituales. Una vez que el paciente está estabilizado, se deben lavar todas las superficies dañadas con suero salino fisiológico a temperatura ambiente. La rotura de las ampollas no está recomendado al igual que tomar medidas quirúrgicas drásticas. Todas las técnicas que se realicen a este tipo de pacientes debe ser estériles, ya que una infección podría provocar una sepsis sistémica. Las curas de este tipo de lesiones, suelen realizarse con pomadas con agentes bacteriostáticos, para después cubrir con gasas estériles y un vendaje.

5 Discusión-Conclusión

Ante un paciente con quemaduras debe actuarle lo más rápido posible, separando al enfermo de la fuente causante de la quemadura, y ejecutando la misma cadena de actuación que ante un paciente con un politraumatismo. Es de vital importancia el manejo de la vía aérea y la ventilación.

La clasificación de las quemaduras se realiza según su profundidad y extensión, clasificándolas en tres diferentes grados.

La realización de las curas en estos pacientes deben mantener una esterilidad estricta, evitando romper las ampollas, utilizando el agente tópico adecuado a cada lesión y cubriendo con gasas estériles y vendar. La analgesia debe administrarse por vía endovenosa y adecuarse al nivel de dolor de cada paciente.

6 Bibliografía

1. Bigotes C, Carrera M, Casanova D. Manual de emergencias para enfermería. ELA; Madrid: 1996.

2. Ramírez E, Díaz A. Causas y sobrevida en pacientes quemados en el centro de referencia del nororiente de Colombia. *Cir. plást. iberolatinoam.* [Internet]. 2017; 43(1): 59-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922017000100009&lng=es.
(Consultado el 25 de junio de 2022)
3. Wilson D. Quemaduras. MD, tifts University os Medicine; 2021

Capítulo 30

URGENCIAS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

MARÍA MARÍN SABARIEGO

JOAQUÍN PANCORBO MENA

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

1 Introducción

La fibrilación auricular es una enfermedad que aparecen en situaciones que dilatan las aurículas, incrementan la presión en el interior de estas cavidades o alteran las paredes de las mismas. Existen algunas enfermedades crónicas que se asocian con el inicio de la fibrilación auricular como son la enfermedad coronaria complicada que causa un infarto agudo de miocardio, durante el cual se produce una fibrilación auricular transitoria en gran parte de los casos, la cardiopatía hipertensiva y la enfermedad de las válvulas cardíacas (Marzal Martín y Rodríguez Padial, 2016).

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente en la población general, conformando entre un 1-2% de prevalencia de esta enfermedad entre la población. Esta prevalencia incrementa hasta un 15% en las personas mayores de 80 años, de forma directamente proporcional, conforme aumenta la edad de la población. Además, cabe destacar que a partir de los 40 años, el riesgo de padecer una fibrilación auricular aumenta hasta un 25% aproximadamente (Pinto, et. al., 2016).

Esta enfermedad presenta asociadas múltiples comorbilidades que promueven significativamente su pronóstico como la enfermedad cardíaca isquémica, la en-

fermedad valvular cardíaca, fallo cardíaco y la hipertensión arterial que conforma el principal factor de riesgo que origina esta enfermedad y sus diversas complicaciones secundarias (Pinto, et. al., 2016).

En cuanto a las complicaciones, una de las más temidas es el aumento del riesgo de padecer una embolia sistémica o un accidente cerebrovascular, lo que convierte esta etiología secundaria a la fibrilación auricular en un aumento del riesgo de mortalidad y de comorbilidad incluso a una edad inferior a la que estaba asociada la aparición de esta enfermedad primaria. Se puede afirmar que el 20% aproximadamente de los casos de pacientes que padecen fibrilación auricular desarrollan posteriormente un accidente cerebrovascular, y aumentando su prevalencia hasta en un 23% en las pacientes que tienen una edad superior a 80 años (Pinto, et. al., 2016).

2 Objetivos

Objetivo general:

- Conocer el protocolo adecuado para el manejo de la fibrilación auricular.

Objetivos específicos:

- Conocer los factores de riesgo, causas, tratamiento y consecuencias de los pacientes que sufren fibrilación auricular.
- Observar la incidencia en la mortalidad y comorbilidad derivada de la fibrilación auricular.

3 Metodología

Para el desarrollo del capítulo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Science Direct y Scielo, y en la plataforma Google Académico, utilizando las palabras clave "Fibrilación auricular", "Tratamiento", "Urgencias", "Complicaciones". El intervalo de búsqueda ha sido entre el año 2016 y 2022.

4 Resultados

La fibrilación auricular puede presentarse mediante manifestaciones sintomáticas con estabilidad hemodinámica como embolia cerebrovascular, palpitaciones, dolor torácico, mareo, disnea, síncope, agravamiento de su enfermedad cardíaca,

manifestaciones sintomáticas sin estabilidad hemodinámica como el excesivo aumento de la frecuencia ventricular asociada a cardiopatías graves, o asintomáticas gracias a la realización de un electrocardiograma de forma rutinaria (Reyes Sanamé, et. al., 2018).

Para el tratamiento de la fibrilación auricular se realiza desde dos enfoques, en primer lugar, se debe realizar una anticoagulación oral para la prevención de los eventos trombóticos y en segundo lugar, el tratamiento necesario para el control del ritmo y frecuencia cardíaca que se ven alterados cuando la persona padece fibrilación auricular (Cosin-Sales y Olalla, 2016).

Durante la fase aguda, es importante tener en cuenta que el control de la frecuencia ventricular conforma una estrategia a largo plazo, que se puede conseguir mediante la administración de digitálicos, betabloqueantes y bloqueadores de los canales del calcio bradicardizantes como el Verapamilo o el Diltiazem. Por otro lado, es frecuente que se use en el tratamiento de esta enfermedad la Amiodarona, aunque existe el riesgo de que se regularice la fibrilación auricular. Por lo tanto, para el control de la frecuencia ventricular existen multitud de fármacos como la Digoxina, Amiodarona, Metoprolol, Diltiazem, Verapamilo, Bisoprolol, Atenolol, Esmolol, Carvedilol y Propanolol (Reyes Sanamé, et. al., 2018).

Para el control del ritmo, el tratamiento de elección es la Amiodarona ya que es el fármaco que tiene mayor eficacia en los casos de fibrilación auricular, conformando entre un 60-70% de eficacia de suprimir la fibrilación auricular. A pesar de ello, existen casos en los que este fármaco no es la primera opción terapéutica a consecuencia del riesgo de intoxicación medicamentosa y a sus diversos efectos secundarios. Por lo tanto, es importante la valoración integral de cada paciente, conociendo sus diferentes comorbilidades, para poder comenzar con un tratamiento de elección en función de si es una fibrilación auricular aislada o a consecuencia de una cardiopatía mínima o el riesgo de aumentar la proactividad ventricular (Reyes Sanamé, et. al., 2018).

Para la prevención de las complicaciones tromboembólicas, inicialmente se debe realizar una clasificación mediante la escala CHA2DS2 para poder conocer si existen riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. Si la puntuación es de 0, se administra Aspirina pero no antitrombótico. Si la puntuación es de 1, se puede administrar Aspirina o antitrombótico. Y finalmente, si la puntuación es igual o mayor que 2, se debe administrar un fármaco antitrombótico (Reyes Sanamé, et. al., 2018).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, se ha observado que la fibrilación auricular es una enfermedad con una alta prevalencia conforme aumenta la edad de los pacientes, además de presentar múltiples patologías asociadas que pueden agravar la enfermedad. Por ello, es importante conocer los factores de riesgo que son predisponentes para el origen de la fibrilación auricular, sintomatología y tratamiento para el control de la enfermedad, manteniendo la frecuencia y ritmo ventricular, y la prevención de las complicaciones tromboembólicas que es una de las grandes complicaciones derivadas de padecer esta enfermedad, que puede variar en función de las comorbilidades del paciente y por ello se debe realizar de forma integral e individual.

6 Bibliografía

1. Cosin-Sales, J., & Olalla, J. J. (2016). Tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular. Antiarrítmicos y anticoagulantes orales. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 16, 33-39.
2. Marzal Martín, D., & Rodríguez Padial, L. (2016). Etiología y prevención de la fibrilación auricular. *Revista Española de Cardiología*, 16(Supl. A), 8-11.
3. Pinto, D. A., Sánchez-Vallejo, C. A., Pedraza, A. L., Vergara, E. P., Sáenz, Ó. A., González, F., ... & Remolina, S. (2016). Descripción de los pacientes con fibrilación auricular no valvular que ingresan al servicio de urgencias. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(4), 270-276.
4. Reyes Sanamé, F. A., Pérez Álvarez, M. L., Alfonso Figueredo, E., Núñez Molina, B., & Jiménez Rodríguez, K. (2018). Fibrilación auricular. Panorámica sobre un tema actualizado. *Correo Científico Médico*, 22(4), 695-718.

Capítulo 31

ENFERMERIA Y LA VENTILACION MECANICA DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ELENA MELERO MORENO

MARTA MONESCILLO CABALLERO

ADELA RUIZ MUÑOZ

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

1 Introducción

La ventilación mecánica consiste en sustituir de manera transitoria la función ventilatoria fisiológica del paciente, dado que por diferentes causas patológicas, no es posible conseguir los objetivos óptimos que caracterizan a la respiración espontánea.

Tiene como objetivo el mantenimiento o normalización del intercambio gaseoso, disminuir el trabajo respiratorio, aumentar la capacidad pulmonar, mejorar los niveles de oxigenación arterial, corregir la acidosis respiratoria, reducir el consumo de oxígeno por parte del miocardio y reducir la presión intracraneal.

La instauración de la misma se debe aplicar atendiendo a un buen juicio clínico basado en los signos, síntomas y pruebas complementarias del paciente. El papel del profesional de enfermería es crucial a la hora de la planificación de los cuidados y velar por conseguir un ambiente favorable y seguro.

Un paciente sometido a dicho tipo de ventilación requiere de unos cuidados exhaustivos para evitar complicaciones. A pesar de recibir unos cuidados óptimos, se debe tener en cuenta que la probabilidad de presentarse complicaciones es elevada dada la tipología de paciente.

Es necesario tener interiorizados los conocimientos necesarios para abordar los problemas más habituales, así como cumplir unas normas básicas de seguridad tanto para el paciente como para la aparatología y el profesional de enferme

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer detalladamente los cuidados más importantes que deben recibir los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva.

Objetivos secundarios:

- Identificar las principales complicaciones para focalizar la vigilancia y conseguir una anticipación a las mismas.
- Establecer unas pautas de seguridad básicas en el cuidado del paciente crítico.

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 Scholar, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para una mejor planificación, los cuidados del paciente sometido a ventilación mecánica invasiva se han dividido por aparatos o sistemas:

1. Respiratorios:

- Mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea: se deben aspirar las secreciones traqueobronquiales asiduamente, además de dejar constancia en el registro de enfermería las principales características de las secreciones aspiradas.
- Humidificar el aire inspirado. En adultos se emplean dispositivos humidificadores de nariz y en pacientes pediátricos de cascada. Si las secreciones fueran muy espesas, se puede introducir 2 cc de suero salino fisiológico estéril en el momento de lavado de bronquios.

- Aplicar fisioterapia respiratoria:

A. Clapping (técnica de percusión) que consiste en la aplicación de golpes firmes de manera manual y de forma rítmica sobre el tórax del paciente. Dicha técnica está sometida a controversia dada la falta de evidencia referente a los beneficios sobre el enfermo.

B. Drenaje postural: posición del cuerpo que favorece el transporte de secreciones debido a los efectos de la fuerza de gravedad mediante la colocación del paciente en posición de Trendelenburg.

Actualmente se encuentra contraindicada debido a sus efectos indeseables tales como el reflujo gastroesofágico, las arritmias ventriculares y la elevación de la presión intracraneal.

En pacientes conscientes:

- Ejercitación de la función respiratoria a través de respiraciones profundas y tos durante el transcurso de desconexión del respirador.
- Se debe controlar muy bien la presión del neumotapon, que debe situarse entre 18 mmHg para evitar el riesgo de aspiración y 25 mmHg para reducir el riesgo de lesiones isquémicas a nivel traqueal.

Balón de reanimación: Debe tenerse siempre cerca para poder ventilar manualmente ante cualquier complicación o duda:

- Prevención y detección precoz de posibles complicaciones.
- Si se necesitara aumentar la concentración de O₂ al 100% para realizar una técnica al paciente, no olvidar bajarla al nivel pautado tras la realización de la misma.
- Comprobar siempre las alarmas del respirador/monitor.
- Se debe hacer constar en el registro de enfermería el modo de ventilación, los parámetros del respirador y la situación de adaptación del paciente al mismo.

2. Cardiovasculares:

Control de signos vitales: Antes de someter a un paciente a ventilación mecánica, este puede presentar un cuadro de hiperactividad simpática debido a su estado previo de hipoxemia, hipercapnia, acidosis y ansiedad.

Tras la intubación y conexión al respirador ha de realizarse una exhaustiva monitorización de los signos vitales, ya que se produce una disminución del retorno

venoso a causa de una ventilación positiva, disminuye el tono simpático, puede aparecer hipotensión causada por una disminución del gasto cardíaco y el uso de fármacos.

Aspirado de secreciones: Vigilar siempre la frecuencia cardíaca.

3. Neurológicos:

- Paciente sedado: mantener una completa adaptación al respirador. Disminuir al máximo los estímulos externos procurando un ambiente tranquilo.
- Paciente consciente: mantener contacto frecuentemente con el paciente. Si fuera portador de tubo orotraqueal, utilizar solo preguntas que puedan responderse con sí/no para evitar esfuerzos del habla y prevenir el edema de cuerdas vocales. Promover su distracción mediante lectura/escritura. Mostrar amabilidad pero desde una actitud firme. Explicarle todo lo que necesite saber. Permitir un período de sueño entre 4-6 horas sin interrupciones. Realizar aspirado antes de dormir para mayor comodidad. Mostrar paciencia.

4. Piel y sistema músculo-esquelético: proteger piel y mucosas: han de realizarse lavados de la cavidad bucal (descontaminación orofaríngea selectiva) con solución tópica de clorhexidina en cada turno para prevenir infecciones.

Cambios posturales: siempre que sea posible deben realizarse cada 3-4 horas. El mantener al paciente en posición de decúbito supino implica un riesgo independiente para el desarrollo de una neumonía asociada a ventilación mecánica, ya que dicha posición favorece la aspiración de las secreciones subglóticas, el reflujo gastroesofágico y la colonización de la vía respiratoria por parte de la flora intestinal.

No se debe olvidar que los cambios posturales también están indicados para prevenir la aparición de úlceras por presión, para ello es preciso almohadillar las partes del cuerpo sobre las que descansen los diferentes dispositivos a los que el paciente se encuentra conectado además de realizar rotaciones de dichos dispositivos para evitar adherencias de los tejidos y/o heridas.

- Mantener un ambiente térmico confortable.
- Realizar una adecuada higiene corporal.

5. Sistema digestivo:

Cuidados de la sonda nasogástrica: la sonda debe mantenerse permeable además de comprobar su localización. Puede hacerse mediante el uso de capnografía o capnometría colorimétrica en pacientes adultos sometidos a ventilación mecánica o bien mediante el aspirado de contenido gástrico para determinar el pH mediante una tira colorimétrica de pH (si la sonda está colocada en estómago el pH será $< 5,5$).

La comprobación por la técnica de introducir una embolada de aire en estómago

y escuchar el ruido que este produce a través del fonendoscopio se considera de escasa fiabilidad.

Estado nutricional: se debe mantener un adecuado estado nutricional del paciente. La nutrición enteral es un factor de riesgo asociado a la ventilación mecánica (al igual que el mantenimiento de la posición supina), ya que aumenta el riesgo de aspiración de contenido gástrico. Se debe evitar la distensión abdominal y mantener la cama a 30-45°.

Principales complicaciones referentes a la vía aérea e intubación:

- Dificultad para la intubación/intubación selectiva: Se debe fijar bien el tubo oro-traqueal marcándolo en la comisura labial, evitar la progresión.
- Lesión de vías respiratorias altas y cuerdas vocales/fístula traqueoesofágica: Evitar mover el tubo oro-traqueal de manera brusca, evitar que el paciente cabecee, usar tubos de baja presión, evitar una excesiva presión en el neumo tapón (debe ser < 25 cm H₂O).
- Aspiración de contenido gástrico: Si fuera posible, colocar SNG antes de la intubación, mantener el neumo tapón hinchado.

Principales complicaciones referentes a la ventilación mecánica:

- Obstrucción del tubo oro-traqueal (TOT) por acodamiento, pared en tráquea o carina/tapón de moco: debe fijarse bien el TOT y no ejercer tracciones demasiado bruscas sobre las tubuladuras del respirador, usar conectores en T giratorios entre las tubuladuras y el respirador, aspirar y lavar con suero de manera habitual, prestar especial atención a los pacientes con traqueotomías recién hechas.
- Extubación accidental: avisar al médico inmediatamente mientras ventilamos con balón de reanimación y mascarilla conectada a una fuente de O₂.
- Atelectasia: humidificación y aspiración de secreciones de manera periódica.
- Barotrauma: se evitarán presiones elevadas en la vía aérea.
- Neumonía: precaución extrema a la hora de manipular la vía aérea.
- El paciente no ventila por causa desconocida: ventilar con el balón de reanimación mientras se comprueba el funcionamiento del respirador, la vía aérea y el nivel de adaptación del paciente a la ventilación mecánica.
- Fuga de aire: el neumotapón ha de mantenerse hinchado con la menor cantidad de aire posible que sea capaz de evitar que salga aire por la boca o por la traqueotomía. Si el balón estuviera roto, se debe cambiar el TOT.

6. Medidas de seguridad.

Para el paciente:

- Prevenir la neumonía nosocomial: deben realizarse lavados bucales con una solución antiséptica por turno para disminuir la flora microbiana bucofaríngea, cambiar los filtros de humidificación cada 24 horas y extremar las medidas de

asepsia cuando se realice una aspiración.

- Alarmas: debe revisarse el respirador y comprobar que están puestas y ajustadas, verificar que el paciente realiza el volumen pautado especialmente cuando se encuentra en modo ventilación mandatoria intermitente sincronizada, ventilación espontánea con presión positiva o ventilación mecánica controlada. Evitar presiones elevadas en la vía aérea.

Para el respirador:

- Mantenerlo frenado y de manera que sea visible.
- No se debe poner líquidos sobre su superficie.
- La cama del paciente debe estar conectada a toma de tierra.
- Prevenir un mal funcionamiento: todo respirador que haya sufrido un fuerte golpe o caída ha de ser revisado, los daños eléctricos han de ser reparados cuanto antes, la conexión de los enchufes debe ser firme y estable además de siempre comprobar las alarmas del dispositivo.

Para el personal de enfermería:

- Utilización de mascarilla siempre que se realice una aspiración a un paciente con infección pulmonar.
- No colocarse en la zona donde se proyecta el chorro de aire espirado.
- Nunca se debe introducir los dedos en la boca de un paciente en el momento de cambiar la cánula de Guedel, salvo que se encuentre sedado farmacológicamente.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, un elevado porcentaje de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos precisan de respiración asistida. El enfermero/a debe proporcionar unos cuidados de calidad, vigilando y adelantándose a las complicaciones potenciales además de reducir al mínimo el tiempo de respuesta a las mismas, ya que de ello dependerá el curso clínico del paciente.

La optimización de los cuidados y la aplicación de las normas de seguridad básicas harán descender el índice de secuelas y fallecimientos en este tipo de unidades. Hay que tener en cuenta que cuantas menores complicaciones, antes se podrá proceder al destete del respirador, lo cual es una mejoría sustancial en el paciente.

6 Bibliografía

1. RAMOS GÓMEZ, L.A., BENITO VALES, S. Fundamentos de la ventilación mecánica. Barcelona: Marge Médica Books; 2012.

2. FENOLL JIMÉNEZ, J.J., GARCÍA NAVALÓN, A.F., MARCHÁN BENEYTO, A. Cuidados generales a pacientes con ventilación mecánica no invasiva. Revista Científica de Enfermería. 2014; 8: 1-15.
3. PACHECO, V., QUINA GALLEGÓ, M.I., LAMELAS COZAR, F.I., PERALTA GARCÍA, V., GARCÍA CAMARENA, R. Enfermería del crítico: Manejo del paciente intubado, Parte 1. Rev electron AnestesiaR. 2012; 4: 186.

Capítulo 32

EL PACIENTE CON QUEMADURAS DE TERCER GRADO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

ELENA MELERO MORENO

MARTA MONESCILLO CABALLERO

ADELA RUIZ MUÑOZ

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

1 Introducción

Las quemaduras son una causa importante de morbilidad infantil, constituyendo la tercera causa de muerte por accidente en menores de 14 años y la segunda en menores de 4 años. Son más frecuentes en varones y con edades entre 2 y 4 años. La mayoría ocurren en el ámbito doméstico y entre el 80-90% son producidas por agentes térmicos.

La piel consta de 2 capas: la epidermis y la dermis. En la epidermis hay 4 estratos: córneo, lúcido, granuloso y germinal. En la dermis se encuentran los folículos pilosos, glándulas sudoríparas, las fibras nerviosas y el tejido conectivo. En el paciente quemado habrá una mayor susceptibilidad a las infecciones, una alteración en el control de la temperatura y una pérdida de líquido corporal.

Evaluación de la quemadura.

Profundidad:

- Primer grado: afectan únicamente a la epidermis, tienen un aspecto enrojecido, eritematoso. Son molestas e incómodas y muy sensibles al tacto. Suelen resolverse entre 3-7 sin dejar cicatriz.
- Segundo grado superficial: Son las producidas por agua caliente y fuego directo actuando pocos segundos y generando destrucción de la epidermis y menos del 50% de la dermis. Presenta eritema claro, con dolor y son de tipo educativo y la zona se presenta hiperémica. El proceso de curación dura entre 7-10 días mediante reepitelización.
- Segundo grado profundo: Existe afectación de la epidermis y de más del 50% de la dermis con destrucción de fibras nerviosas por lo que son menos dolorosas. Presentan un color rojo oscuro o blanco moteado. Presentan pérdida del folículo pilosebáceo. Precisan de 2-3 semanas para la curación con riesgo importante de retracciones y sobreinfecciones.
- Tercer grado subdermicas: Son producidas por sustancias químicas, eléctricas o líquidos calientes. Presentan destrucción del estrato dermo-epidérmico. El color que presentan está entre el carbonato y el blanco nacarado. Son indoloras. Precisa injerto de piel.
- Tercer grado subdérmica profunda: Sobrepasa el estrato dermo-epidérmico y daña grasa, tendones, músculos y hueso. Son indoloras y precisa injerto de piel.

Localización:

Las quemaduras que afectan a manos, pies, genitales, periné, articulaciones, cara y cuello así como las circunferenciales, se clasifican en un grupo de quemaduras graves sin tener en cuenta la extensión de la misma. Tienen implicación estética y precisan un tratamiento especializado.

Se realiza mediante un cálculo de la superficie corporal quemada (SCQ). En los niños mayores de 14 años, al igual que en los adultos se realiza la regla de los 9%: la cabeza y cada brazo un 9% de superficie corporal (SC) cada una, el tronco anterior, el tronco posterior y cada pierna un 18% de SC y el área genital 1%.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer medidas tempranas de asistencia en personas quemadas.

Objetivos secundarios:

- Conocer y actuar frente a quemaduras de distintos grados.
- Dar a conocer cómo prevenir complicaciones producidas por quemaduras en el incendio.

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

Dieta absoluta.

En casos de náuseas o vómitos se colocará sonda nasogástrica. El aporte nutricional se debe iniciar pasadas 24-48 horas de la fase de reposición de líquidos. Cubrir al quemado siempre con sabanas limpias. Nunca utilizar antibióticos de urgencia en las quemaduras.

Posteriormente a nivel hospitalario se hará necesario realizar cobertura antibiótica con penicilina IV como profilaxis de la celulitis estreptocócica.

- Elevar los miembros edematizados para evitar el síndrome compartimental.
- Colocar en posición semisentada para disminuir el edema facial.
- Administrar protectores gástricos, para evitar la úlcera de estrés. Dar 1 ampolla de ranitidina IV cada 8 horas.

Tratamiento local de las quemaduras.

- Retirada de ropas si no están adheridas y objetos que compriman.
- Limpieza somera, no traumática con compresas empapadas en suero salino o agua corriente templada, nunca fría más solución jabonosa suave retirando con cuidado todos los residuos presentes.
- No poner antisépticos colorantes, ya que dificultaran la valoración posterior de la profundidad y extensión.
- Cubrir las zonas quemadas con compresas empapadas en suero fisiológico o agua templada y preservar de manera exquisita la manipulación de dichas zonas, una total asepsia.

Tratamiento quirúrgico de las quemaduras.

- Escarotomía: Se sospecha de isquemia periférica cuando una extremidad está más fría que las otras y tiene un relleno capilar más lento. La ecografía doppler confirma la isquemia. En las lesiones cutáneas que no afectan a tejidos profundos, la incisión de escarotomía se debe profundizar solo hasta la dermis, excluyendo la hipodermis y la grasa subcutánea. Para conseguir una liberación completa, la

incisión se debe extender superando ampliamente la zona tensa de la escara. Algunas escaras que son aparentemente de espesor total conservan la sensibilidad al dolor, por lo que la incisión puede ser dolorosa, siendo conveniente realizarlo bajo anestesia general.

- Escarotomía: Las quemaduras de segundo grado profundo y tercer grado deben tratarse mediante reacción quirúrgica temprana o extirpación de una escara, mejor entre los primeros 1-4 tras la quemadura. La extirpación retira tejido desvitalizado, evita la sepsis por debajo de la escara y permite cerrar la herida antes, acortando la hospitalización y mejorando el resultado funcional y estético. Si la lesión es extensa y la supervivencia del paciente es dudosa, se deben extirpar primero las áreas más afectadas para reducir drásticamente el volumen de quemadura abierta. Las áreas que suelen tratarse en primer lugar y que reciben los injertos satisfactoriamente son espalda, tórax y abdomen. No se debe extirpar más del 30% del área quemada, incluyendo zonas donantes. Las escaras faciales se estiran de forma conservadora, manteniendo la mayor cantidad de tejido blando. Injertos cutáneos:

Los injertos se utilizan para el cierre de la herida. Los injertos pueden ser:

1. Los autoinjertos que son permanentes, se pueden trasplantar como una lámina o como una malla. Los injertos hallados se emplean cuando la piel del donante es escasa, pero no se usan para quemaduras superiores al 20% del área de superficie corporal (ASC). No suele ser posible obtener un autoinjerto suficiente para las quemaduras profundas superiores al 40% SCQ, sin embargo se puede obtener piel del paciente en intervalos de 14 días.
2. Los aloinjertos y xenoinjertos suelen ser rechazados de 10- 14 días por lo que deben ser sustituidos por autoinjertos pero pueden ser vitales en pacientes con quemaduras masivas.
3. Otra alternativa es un sistema de sustitución de la piel con una plantilla de regeneración dérmica artificial a partir de cartilago de tiburón. Es biodegradada después de inducir la formación de la piel completamente nueva, creada por las células del paciente y que es permanente.

Procedimiento de actuación ante el paciente quemado.

- Aplicar las medidas de seguridad necesarias.
- Retirar al paciente de la fuente de calor.
- Desnudar al paciente, retire anillos, pulseras y cualquier otra prenda o adorno que pueda producir compresión o "efecto torniquete". Si la ropa estuviera adherida a la piel, será suficiente con recortar la prenda alrededor.
- Valoración inicial ABC.
- Monitorizar: TA, FC, FR, ECG, SatO₂, ETCO₂ y temperatura.

- Oxigenoterapia a alto flujo.
- Canalizar 2 vías periféricas de grueso calibre (> 18 G) en zonas, preferiblemente, no quemadas. Si no es posible el abordaje periférico y existen signos de shock, insertar una vía intraósea y finalmente, vía central.
- Aislar la vía aérea realizando intubación precoz ante:
- Signos y síntomas de inhalación de humo.
- Quemaduras en cara y cuello.
- Signos y síntomas de quemadura inhalatoria.
- Quemaduras de gran extensión (SCQ > 50%).
- Necesidad de sedo-analgesia grande.
- Si la intubación es complicada por edema de glotis proceder como en el procedimiento de vía aérea difícil, valorando en último término la realización de cricotiroidotomía.

Administre Fluidoterapia:

- Comenzar con 500 ml de SSF en 30 min, pudiendo aumentar la cantidad si hemodinámicamente fuera necesario.
- No emplear coloides.
- Procurar utilizar sueros templados.
- Analgesia y sedar.
- Realizar gasometría arterial y analítica sanguínea para determinar los niveles de lactato, indicador de posible intoxicación por derivados del cianuro. Determinar la extensión de la quemadura según la regla de los 9.
- Realizar cura local de la quemadura
- Si quemadura < 20% de la SCQ, valorar la utilización de apósitos de gel de agua.
- No irrigar con agua en quemaduras superiores al 10%.
- En quemaduras locales de poca extensión no vaciar las ampollas que estén limpias e intactas, esto aumenta el riesgo de infección.
- En quemaduras en cara, genitales, manos o pliegues cutáneos, valorar la utilización de apósitos de gel de agua.
- Recomendar elevar el miembro afectado.
- Indicar vacunación antitetánica y consulta ambulatoria.
- Aprovechar todo el producto exprimiendo el envase encima del apósito para optimizar el efecto deseado del producto.
- Mantener la asepsia.
- Si quemadura > 20% de la SCQ, prestar atención al control de pérdidas de calor realizando aislamiento con manta aluminizada.
- Evitar irrigar con agua o suero salino fisiológico (SSF) frío para no contribuir a aumentar la hipotermia.

- Valorar la utilización de apósitos de gel de agua o cualquier tipo de apósito húmedo (SSF) y cubrir estos y al paciente, con manta aluminizada para reducir la evaporación al mínimo y consiguiente contribución a la hipotermia. Aprovechar todo el producto exprimiendo el envase encima del apósito para optimizar el efecto deseado del producto.
- Mantener la asepsia.
- Mantener el habitáculo del vehículo lo más caliente posible.
- Valorar escarotomía si la quemadura afecta al tórax y/o existe síndrome compartimental que no permita movimientos torácicos adecuados.
- Colocar sonda vesical en caso de quemadura perineal y realizar medición de diuresis.

Administrar:

- Omeprazol iv a dosis de 40 mg diluidos en 100 ml de SSF perfundidos en 20-30 min.
- Ranitidina Clorhidrato iv 50 mg iv en bolo lento (al menos en 2 minutos).
- Tratar otras posibles lesiones asociadas.
- Tapar al paciente con una sábana o manta térmica.
- Traslado en unidad de soporte vital avanzado (USVA) a centro de quemados con preaviso hospitalario si:
- Existen quemaduras de 2o grado con extensión de > 15 % de SCQ en adultos.
- Existen quemaduras de 2o grado con extensión de > 10 % de SCQ en niños y ancianos.
- Existen quemaduras de 3o grado con extensión > 2 % de SCQ.
- Existen quemaduras de 2o grado que afecten a cara, manos, pies, periné, axilas y otros pliegues de flexoextensión.
- Existen quemaduras asociadas a trauma severo, fracturas y lesión de partes blandas.
- Quemaduras inhalatorias y con afectación del estado hemodinámico.
- Todas las quemaduras eléctricas y químicas.
- Traslade en unidad de soporte vital básico (USVB) en el resto de situaciones.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo se ha basado en una revisión bibliográfica centrándose principalmente en un tema de gran importancia debido a los fallecimientos que se producen cada año a causa de incendios y el desconocimiento de la población de medidas de prevención de los mismos.

La finalidad de este proyecto es gran importancia es el manejo de quemaduras, ya que son muy comunes en incendios y pueden ser desde superficiales hasta causar la muerte, por lo tanto se ha descrito los cuidados, las distintas formas de recuperación dependiendo del tipo de quemadura y las técnicas para evitar al máximo los daños producidos por el incendio.

Se han descrito los algoritmos actualmente utilizados en los servicios de urgencias para lesiones por quemaduras para evitar de esta forma al máximo el riesgo vital. Finalmente este proyecto quiere complementar los conocimientos adquiridos tanto en el paciente quemado y así tener una mejor preparación en el momento de actuación inmediata.

6 Bibliografía

1. <http://www.medynet.com>.
2. <https://www.aeped.es/>.
3. <http://www.madrid.e>.

Capítulo 33

ENFERMERIA Y LOS PACIENTES CON SISTEMA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

ELENA MELERO MORENO

MARTA MONESCILLO CABALLERO

ADELA RUIZ MUÑOZ

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

1 Introducción

En los tiempos que estamos viviendo, condicionados sustancialmente por la pandemia de la COVID-19, hace que valoremos enormemente las distintas tecnologías avanzadas que tenemos a nuestra disposición para poder hacer frente a la agresividad de la citada patología.

Una de las tecnologías que a partir de la pandemia ha precisado que se use con más frecuencia que de costumbre es el ECMO o sistema de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (por sus siglas en inglés), por lo que se hace imprescindible conocer los fundamentos en los que se basa esta técnica, los cuidados que debemos brindar y las posibles complicaciones que pueden aparecer con su uso.

El ECMO es un sistema de asistencia circulatoria y respiratoria capaz de proporcionar soporte cardíaco y pulmonar en personas con una insuficiencia cardíaca o respiratoria y que no han respondido al tratamiento convencional.

Este sistema puede usarse como mecanismo para la recuperación o como transición al trasplante tanto cardíaco como pulmonar.

El funcionamiento de ECMO está basado en extraer a través de un catéter, colocado en una vena, la sangre del paciente. Esta sangre pasa por un circuito artificial, externo al cuerpo, donde se le aporta oxígeno y se elimina el exceso de CO₂.

No olvidar que la utilización del ECMO no puede ser indefinida sino que es un tratamiento transitorio.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Transmitir conocimientos sobre lo que es el ECMO y los fundamentos en los que se basa.

Objetivos secundarios:

- Desarrollar los cuidados de enfermería que se deben llevar a cabo en el paciente portador de ECMO con el fin de garantizar que las personas que precisen del uso de esta tecnología tengan unos cuidados de calidad.
- Conocer las complicaciones que pueden aparecer para detectarlas lo antes posible y minimizar los daños.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha consultados artículos en las principales bases de datos sanitarias: Medline, Cuiden, Pubmed, Dialnet, utilizando los descriptores relacionados adecuados y seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

También se ha hecho un análisis de protocolos y guías creados a nivel hospitalario para estandarizar el manejo y los cuidados de enfermería que requieren los pacientes con este tipo de terapia.

4 Resultados

El ECMO es un sistema de asistencia circulatoria y respiratoria capaz de proporcionar soporte cardíaco y pulmonar en personas con una insuficiencia cardíaca o respiratoria y que no han respondido al tratamiento convencional.

Este sistema puede usarse como mecanismo para la recuperación o como transición al trasplante tanto cardíaco como pulmonar.

Existen dos tipos de terapias de ECMO:

- Terapia venosa-venosa (VV-ECMO): Las cánulas irán colocadas en vena femoral y vena subclavia o yugular. Es empleada para las insuficiencias respiratorias. Proporciona soporte respiratorio.
- Terapia veno-arterial (VA-ECMO): Las cánulas se colocarán en vena y arteria femorales. Si la canulación se hace por disección quirúrgica, la cánula arterial quedará implantada en la aorta descendente y la cánula venosa a nivel de aurícula derecha. Es utilizada en insuficiencia cardíaca. Proporciona soporte respiratorio y hemodinámico.

El sistema ECMO está compuesto por un circuito compuesto por una cánula de drenaje venoso, una línea venosa, una bomba centrífuga, un oxigenador, una línea arterial y una segunda cánula de retorno arterial o venoso. Estos componentes están revestidos de heparina en su superficie interna, la que está en contacto con la sangre, para reducir las complicaciones tromboembólicas, los requerimientos de anticoagulación, las complicaciones hemorrágicas y disminuir la reacción inflamatoria.

Vamos a explicar brevemente cada uno de estos componentes:

- Cánulas: son de poliuretano reforzadas con anillos de acero inoxidable que presentan flexibilidad y resistencia al acodamiento, son radiopacas y permiten altos flujos. Si es posible, se instaurarán en canulación periférica (vena femoral-arteria femoral/vena yugular) porque presentan más ventajas y menos complicaciones para el paciente que la canulación central (aurícula derecha-aorta ascendente). Hay que intentar utilizar las cánulas de mayor tamaño posible, para obtener los máximos flujos, pero teniendo en cuenta el área corporal del paciente y el tamaño de los vasos a canular para evitar complicaciones graves: rotura o disección arterial, obstrucción del retorno venosos...

En el sistema vascular del paciente se introducen dos cánulas:

- La cánula de drenaje o venosa: se conecta a la línea venosa del circuito y recoge la sangre venosa desde la aurícula derecha o la vena cava inferior. Habitualmente se canaliza la vena femoral.
- La cánula de retorno: se conecta a la línea arterial del circuito y devuelve la sangre, una vez oxigenada en el circuito, a través de una arteria o una vena. Habitualmente arteria o vena femoral.

Para evitar una isquemia del miembro, debido a la obstrucción de la luz que provoca la cánula arterial, se debe colocar en la arteria femoral común distal, una segunda cánula más pequeña para perfundir ese miembro.

- Líneas venosa y arterial: suelen ser de cloruro de polivinilo. Material que hace que sean transparentes, re-expansión tras compresión, flexibilidad, resistencia al acodamiento, dureza y prácticamente ausencia de liberación de partículas desde su superficie interna.

La línea venosa transporta la sangre desde la cánula venosa de drenaje hasta la bomba centrífuga y, desde ésta, al oxigenador.

La línea arterial transporta la sangre oxigenada en el oxigenador hasta la cánula de retorno.

- Bomba centrífuga: suele ser de plástico. Puede ser bomba de larga duración (tiempo de empleo igual o superior a 14 días) y bomba de corta duración (tiempo de uso menor y precisa ser cambiada antes que el oxigenador).

Consiste en un propulsor de aspas o conos que cuando rota rápidamente genera una presión negativa en el eje central, a través de la conexión de entrada de la bomba por donde se aspira la sangre, y una presión positiva en la pared lateral, a través de la conexión de salida de la bomba por donde expulsa la sangre, causando un flujo sanguíneo.

- Oxigenador: Intercambiador de gas (no sólo transfiere oxígeno, sino también dióxido de carbono y otros gases) y calor (mediante un serpentín metálico por donde circula agua a una temperatura variable permitiendo enfriar o calentar la sangre en contacto con dicho serpentín). Los que se utilizan actualmente son de larga duración (varias semanas) manteniendo un intercambio gaseoso de calidad. El oxigenador se compone de una fase gaseosa y una sanguínea separadas por una membrana. Funcionan basados en la Ley de Fick (que describe la tasa de variación instantánea a la que los gases se difunden a través de gases, líquidos y sólidos) y consiste en la transferencia de gas desde la fase gaseosa a la sanguínea, o viceversa, por difusión, es decir, movimiento de los átomos o moléculas de un gas desde donde hay más concentración a las regiones de concentración más baja.

- Módulo de normotermia: permite evitar el enfriamiento de la sangre durante su recorrido extracorpóreo aumentando la temperatura de 33° a 39°, pero no disminuirla.

- Consola: Encargada del control hemodinámico del sistema y registra la información aportada por los sensores hemodinámicos, bioquímicos y de seguridad implantados en el circuito. Cada tipo de bomba centrífuga solamente funciona con su propia consola.

Suelen tener distintos modos de funcionamiento (UCI, quirófano, transporte...) y batería.

A continuación desarrollaremos los principales cuidados específicos del paciente portador de ECMO.

1. Verificación del sistema:

- Comprobar correcto funcionamiento de la consola: ausencia de alarmas, revisión de límites adaptados al paciente.
- Modo de funcionamiento de la consola: RPM vs FLUJO.
- Correcto funcionamiento del módulo de normotermia: encendido, nivel de agua, temperatura correcta.
- Verificar ausencia de trombos, fibrina, aire en oxigenador y líneas por lo menos dos veces por turno.
- Comprobar fijación correcta de las cánulas y tubuladuras: revisar conexiones, evitar acodaduras...
- Verificar caudalímetro de gases y control de los parámetros del mezclador de aire/oxígeno.
- Comprobar llenado de bala de oxígeno.
- Comprobar presencia del Emergency Drive (bomba manual)
- Asegurarse de tener mínimo 4 clamps sin dientes.

2. Registro de parámetros:

- Registrar cada 3 h los siguientes parámetros:
- RPM
- Flujo
- HB
- Satv O2
- Presión cánula arterial y venosa
- Presión interna del oxigenador
- Gradiente de presiones
- FiO2 del mezclador de gases
- Litros por minuto del caudalímetro del mezclador de gases
- Valorar uso de eco-doppler para comprobación de pulsos distales.
- En el caso específico de canulación axilar y femoral en el mismo paciente, se registrarán temperaturas de los 4 miembros.

3. Cuidados del paciente:

- Posición: decúbito supino, cabecero ligeramente elevado.
- Vigilancia de aparición de nuevos sangrados o hematomas.
- Reducir maniobras que supongan un riesgo de sangrado (higiene bucal, aspiración de secreciones...)
- Valorar presencia de sangrado en residuo gástrico, deposiciones...
- Movilizar en bloque con giro preferente sobre el lado canulado, vigilando estrechamente las cánulas durante el giro.
- Monitorizar pulsioximetría en el miembro más distal a la zona de retorno.

- Neuromonitorización: BIS/TS horario y control pupilar por lo menos dos veces por turno.
- Control analítico según criterio médico.
- Cura de herida/puntos de canulación cada 24 horas según protocolo de la unidad.

Usar apósitos de espuma para evitar decúbitos por las cánulas.

- Mediante almohadas, mantener elevado el miembro canulado.
- Apoyo psicológico al paciente y familiares.

4. Diagnósticos de enfermería

- Déficit de autocuidado r/c situación crítica.
- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos: herida quirúrgica, catéter venoso, catéter venoso central, catéter arterial, sonda vesical.
- Riesgo alto de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física.
- Riesgo de lesión r/c ventilación mecánica.
- Riesgo de aspiración r/c disminución nivel de conciencia.
- Ansiedad r/c amenaza para el estado de salud/muerte.

Complicaciones:

Las complicaciones pueden aparecer en el paciente o en el sistema. A continuación enumeraremos las más comunes.

Complicaciones del paciente:

1. Complicaciones hemodinámicas:

Hipotensión arterial: producida por precargas bajas PVC<8 mmHG que pueden ser debidas a hipovolemia, neumotórax o taponamiento. También puede ser debido a flujo de ECMO bajo por mala posición de las cánulas, disfunción de la bomba o presencia de trombos. La hipotensión arterial puede presentarse a consecuencia de arritmias y por resistencias vasculares bajas por el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica durante las primeras horas.

Hipertensión arterial: suele relacionarse con bajos niveles de sedación.

Hipoperfusión tisular: por flujo insuficiente, por aumento del consumo de oxígeno o por anemia.

2. Complicaciones en la oxigenación/ventilación

Hipoxia: por disfunción del oxigenador (membrana húmeda, trombos, fibrina) o por empeoramiento de la función pulmonar (atelectasia, EAP, neumotórax...)

Hipercapnia: por fallo del caudalímetro del ECMO, fallo en las tomas de gases, escaso flujo del caudalímetro del ECMO o ventilación insuficiente del paciente.

Hiperventilación: por flujo de gas ECMO elevado o ventilación excesiva del paciente.

3. Complicaciones hemorrágicas: son las más frecuentes en estos pacientes por lo que para evitar su aparición haremos control estricto y pauta adecuada de anticoagulación y analíticas seriadas según criterio médico. Se realizará compresión o revisión quirúrgica si hubiera sangrados en los puntos de canulación.
4. Complicaciones infecciosas: Ocupan el segundo lugar en frecuencia. Para evitarlas se realizarán curas locales e incluso llegando a valorar sistema VAC. Y a nivel sistémico se realizarán cultivos y marcadores de infección.
5. Hipotermia: utilizaremos calentadores del circuito y medidas físicas para evitarla.
6. Complicaciones hematológicas como la trombopenia asociada a la heparina y la hemólisis.
7. Complicaciones renales manifestadas con oliguria o anuria en las primeras 24-48 horas. En caso de fracaso renal, se valorará instauración de técnicas de depuración extracorpórea continua.
8. Complicaciones neurológicas: infarto cerebral, hemorragia intracraneal, embolismo aéreo, convulsiones, polineuropatía del enfermo crítico para evitarlas realizaremos monitorización BIS, valoración pupilar, ventanas de sedación si es posible.
9. Complicaciones vasculares: puede aparecer isquemia por obstrucción al flujo arterial en el miembro canulado por el ECMO y también por el uso de fármacos vasoconstrictores. Para evitarlo vigilarémos los pulsos distales, temperatura y coloración del miembro canulado y lo compararemos con el miembro contralateral.

También puede aparecer edema/tumefacción en el miembro canulado por compromiso en el retorno venoso. Para evitarlo controlaremos la aparición de edemas, mantendremos el miembro elevado y vigilarémos la aparición de síndrome compartimental.

Complicaciones del sistema.

1. Disfunción de la bomba que lo notaremos en que hay una disminución del rendimiento, ruido anómalo, fugas o coágulos.
2. Disfunción del oxigenador. Se manifestará en el empeoramiento de parámetros gasométricos, presencia de trombos/humedad, aumento de presiones o hemólisis.
3. Disfunción del mezclador de gases se verá reflejado en alteraciones gasométricas o realizará un pitido el mezclador.
4. Decanulación accidental y/o rotura de las tubuladuras. En el momento de su detección pararemos la bomba, clamparemos las cánulas lo más cerca posible al paciente, comprimiémos el vaso, se deberá ajustar los fármacos vasoactivos y el respirador y recanulación o cambio del sistema.

5. Disfunción de la consola. Si apareciera este problema tendríamos que pasar a modo manual Emergency Drive.

6. Variaciones en el flujo de la bomba. Debemos valorar si existe fallo en el retorno venoso para lo que comprobaremos si hay problemas de volumen intravascular, vigilar que no existan acodaduras en las tubuladuras o mala posición de la cánula y disminuir las resistencias vasculares sistémicas, si están elevadas, mejorando la sedación o disminuyendo las drogas vasoactivas, si es posible.

5 Discusión-Conclusión

En los tiempos actuales es necesario e imprescindible ponernos al día en algunos procedimientos que hasta el momento no se utilizaban muy asiduamente pero que con la aparición de la Covid-19 se han hecho mucho más frecuentes como es la terapia del ECMO.

El conocer con profundidad los componentes, funcionamiento y posibles complicaciones nos aporta conocimientos que facilita el poder realizar un adecuado plan de cuidados de enfermería para que los pacientes que necesiten ser sometidos a la terapia con ECMO se puedan beneficiar de unos cuidados de enfermería de calidad y se minimicen al máximo las complicaciones que puedan aparecer detectándolas a la mayor brevedad posible por el personal formado

6 Bibliografía

1. B.W. Tillmann, M.L. Klingel, A.E. Iansavichene, I.M. Ball, A.D. Nagpal. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) as a treatment strategy for severe acute respiratory distress syndrome (ARDS) in the low tidal volume era: A systematic review.

J Crit Care., 41 (2017), pp. 64-71 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.04.041>
| Medline10.1016/j.jcrc.2017.04.041. Publicación electrónica 27 Abr 2017.

2. M. Khorsandi, S. Dougherty, O. Bouamra, V. Pai, P. Curry, S. Tsui, et al. Extracorporeal membrane oxygenation for refractory cardiogenic shock after adul.

Capítulo 34

ENFERMERIA Y LA REHABILITACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES

ALMUDENA AROCA LOPEZ

SERGIO SANTOS TIRADO

ANTONIA DIAZ MUÑOZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

1 Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares agudas o Ictus son consecuencia de una alteración de la circulación cerebral, que ocasiona un déficit transitorio o definitivo del funcionamiento de una o varias áreas del encéfalo.

Hay dos tipos de ACV atendiendo a su naturaleza: o Ictus isquémico:

Está ocasionado por la alteración cualitativa o cuantitativa del aporte circulatorio a un territorio encefálico, lo cual produce un déficit neurológico durante más de 24 horas y, consecuentemente, indica la presencia de una necrosis tisular. Es el tipo de Ictus más frecuente, en torno al 80%. o Ictus hemorrágico:

Se trata de una extravasación de sangre dentro de la cavidad craneal, secundaria a la rotura de un vaso sanguíneo, arterial o venoso, por diversos mecanismos.

Supone en torno al 20% en los casos de Ictus.

El accidente cerebrovascular se inicia con una sintomatología específica que el paciente puede reconocer en la mayoría de los casos. Según el National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) son cinco:

1. Pérdida de fuerza repentina en la cara, brazo o pierna, especialmente si es en un solo lado del cuerpo.
2. Confusión repentina o problemas en el habla o la comprensión de lo que le dicen.
3. Pérdida repentina de visión en uno o en ambos ojos.
4. Dificultad repentina para caminar, mareos, o pérdida del equilibrio o de la coordinación.
5. Dolor de cabeza fuerte, repentino, sin causa conocida.

Los principales factores de riesgo que juegan un papel importante en el padecimiento de ACV son:

No modificables:

- Edad: el riesgo aumenta de manera importante a partir de los 60 años.
- Sexo: el Ictus es más frecuente en hombres que en mujeres, aunque son estas las que tienen mayor índice de mortalidad.
- Antecedentes familiares como haber sufrido Ictus con anterioridad o pertenecer a la raza afroamericana, ya que tienen mayor predisposición para sufrir Ictus.

Modificables:

- HTA (presión sistólica por encima de 120 mmHg y una presión diastólica por encima de 80 mmHg).
- Diabetes.
- Dislipemia.
- Estados de hipercoagulabilidad.
- Cardiopatías.
- Tabaquismo.
- Consumo de alcohol.
- Sedentarismo.
- Dieta inadecuada.
- IMC demasiado alto ($BMI \geq 25$).

Los accidentes cerebrovasculares representan la segunda causa global de muerte en los países desarrollados, precedidos de las cardiopatías. En España son la segunda causa de muerte en hombres y la primera en mujeres 7. Estas presentan, por tanto, una mayor mortalidad, peores resultados, son más a menudo institucionalizadas y sufren discapacidad de manera más permanente que los hombres. En la actualidad, el 30% de los pacientes que han sufrido un Ictus presenta un problema de discapacidad que se manifiesta con parálisis, problemas de equilib-

rio, trastornos del habla y déficits cognitivos. De hecho, solo el 40% de los enfermos puede valerse por sí mismos

2 Objetivos

- Definir el accidente cerebrovascular como patología.
- Describir la importancia de la rehabilitación precoz en el paciente neurológico en un ambiente hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Index y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado palabras clave como: ictus, rehabilitación, neuroplasticidad.

4 Resultados

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de los accidentes cerebrovasculares a nivel mundial es del 6,29% del total de la población.

En nuestro país consumen cerca del 4% del gasto sanitario total, con unos costes sanitarios directos aproximados de entre 5000-5800 euros por paciente durante el primer año posterior al episodio, estando relacionados la mayoría de los gastos con la fase aguda del Ictus, la rehabilitación y la estancia en residencias.

Por todo lo anterior, actualmente el Ictus es considerado un gran problema de salud que hay que abordar para disminuir de esta manera la carga tanto económica como social que representa en nuestro país, pero también a nivel global. La rápida identificación del Ictus, su diagnóstico precoz y el tratamiento conveniente desde la fase aguda, sumado a los cuidados en unidades de Ictus y al tratamiento preventivo para evitar recidivas es imprescindible para reducir el daño cerebral y lograr una mejor recuperación del paciente. Para ello, tal y como recogen las principales Guías de Práctica Clínica, es preciso valerse de los conocimientos, técnicas y métodos de equipos interdisciplinarios especializados en el abordaje de estos pacientes, sobre todo en las fases agudas y subagudas del Ictus, cuando la intervención ha demostrado mejores resultados. Estos equipos están formados, entre otros, por médicos, cirujanos, personal de enfermería, psicoló-

ogos, logopedas, trabajo/trabajadores sociales, así como por los miembros del equipo rehabilitador: médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, y por la familia del paciente.

De esta manera, los miembros de distintas disciplinas interaccionan y se comunican entre sí, tomando decisiones en torno a objetivos comunes. Así los tratamientos de los distintos profesionales sanitarios no son independientes, sino que quedan relacionados entre sí y, además, se complementan. Así mismo resulta clave que el inicio del tratamiento sea precoz en las primeras 24-48 horas tras el Ictus, siempre que no haya contraindicaciones. Las guías de práctica clínica recogen la importancia de que los programas de rehabilitación se lleven a cabo en una fase precoz.

5 Discusión-Conclusión

La rehabilitación temprana incrementa factores que afectan en la recuperación del paciente tales como: la calidad de vida, la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria y en la marcha. Además, se ven reducidos los síntomas depresivos y se reducen las probabilidades de sufrir complicaciones secundarias al Ictus, tales como neumonía o trombosis venosa profunda.

Actualmente, el papel que la neuroplasticidad tiene sobre la rehabilitación de pacientes que ha sufrido un Ictus tiene gran evidencia científica. Según la Organización Mundial de la Salud (1982) la neuroplasticidad se define como la capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse morfológica y funcionalmente, permitiendo una respuesta adaptativa a la demanda funcional.

Por los mismos mecanismos que llevan al aprendizaje ordinario, tras sufrir un Ictus, el paciente puede mejorar a nivel motor, cognitivo o del lenguaje. Esa neuroplasticidad provocada por la experiencia conduce a mayor excitabilidad y reclutamiento de neuronas que ayuda a la formación de nuevas conexiones sinápticas, lo que lleva a una mejoría del paciente en sus funciones.

6 Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías

Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N.º 2007/5-2.

Capítulo 35

ENFERMERIA Y EL TRATAMIENTO Y SUS CUIDADOS DE LA CIFOESCOLIOSIS

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES

ALMUDENA AROCA LOPEZ

SERGIO SANTOS TIRADO

ANTONIA DIAZ MUÑOZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

1 Introducción

La cifoescoliosis, es un problema que afecta a la columna vertebral. Consiste en una curvatura anormal, tanto si la observamos desde un plano frontal, como si es vista desde un plano sagital. Podemos decir que es una combinación de la cifosis y la escoliosis.

Las causas pueden ser: congénita, neuromuscular o idiopática.

- Congénita: debido a un problema en las vértebras o costillas fusionadas durante el desarrollo prenatal.
- Neuromuscular: causada por debilidad muscular o parálisis cerebral, distrofia muscular, espina bífida, polio.
- Idiopática: en adolescentes es la más común. Son personas mas propensas a presentar curvatura en la columna, y normalmente empeora durante el periodo de crecimiento.

Sintomatología, suelen ser curvaturas anormales de la columna hacia alguno de los lados. Se puede apreciar que hombros y cadera parecen desiguales.

Caso clínico.

María, adolescente de 16 años de edad, con talla de 154 cm, peso 60 KG. Acude a su MAP, tras apreciar cuando se probaba una falda , que existía una desigualdad importante en las caderas.

Tras realizar RX , es derivada al servicio de traumatología, donde se le diagnostica una cifoescoliosis de 63 grados de curvatura.

Debido al grado de curvatura, la opción mas aconsejable, es una IQ , para hacerle una artrodesis lumbar

Tras la intervención, se consigue reducir a 36 grados de curvatura. Pudiendo controlar así el desarrollo y el dolor

2 Objetivos

- Destacar e indicar la importancia de un diagnóstico precoz de cifoescoliosis por parte del equipo de enfermería en la unidad de uci de los hospitales

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

El diagnóstico precoz de la cifoescoliosis por parte del equipo de enfermería , conlleva a la elección del tratamiento más adecuado, ya sea el corsé durante un tiempo o la realización de tratamiento quirúrgico y por tanto, el poder obtener mejores resultados consiguiendo retrasar el avance de la curvatura, tener mejor movilidad, controlar el dolor y , sobre todo, tener mayor autonomía para las actividades de la vida diaria.

A los pacientes a los que se las hace partícipes de su problema y en la toma de decisiones tras ser correctamente informados de los tratamientos, consiguen mejores niveles de independencia y manejo en su día a día.

Si la mejor opción es el corsé tipo Milwaukee, hay que tener en cuenta que debe estar bien adaptado a cada uno, y que es recomendable hacerlo en sitios especializados donde realicen revisiones periódicas. Hay que adiestrar al paciente en el manejo, enseñándole cómo ponerlo, quitarlo y dando pautas para que su uso sea lo más confortable posible.

Si la mejor opción es la intervención quirúrgica, también se les debe explicar el tipo de artrodesis que se va a realizar, preparar al paciente y explicarle que es una intervención larga y trabajosa. Tras ello, debemos informarle de cómo va a ser el postoperatorio, enseñándole medidas posturales adecuadas y los movimientos a realizar para una correcta adaptación.

Y como en todo tipo de intervención quirúrgica, hay que realizar unas curas programadas, controlar la buena evolución y evitar que aparezcan complicaciones, como dehiscencias, infección de la herida quirúrgica.

Ya en el postoperatorio tardío, precisará rehabilitación, que a parte de ayudar a recuperar tono muscular y mejorar la movilidad, se enseñarán a realizar acciones de nuestra vida cotidiana.

5 Discusión-Conclusión

Cuanto antes se trate el problema mejores serán los resultados que se conseguirán para el paciente, tanto a nivel de dolor, como en independencia.

La importancia de controles con RX periódicas, ayuda a la toma de decisiones sobre la actitud a seguir, para la elección del tratamiento, ya que en las curvaturas con mayores grados, pueden llegar a comprometerse otras estructuras, e incluso pueden llegar a limitar la vida diaria. No nos podemos olvidar de un síntoma muy importante, que es el dolor que presenta el paciente, y por eso también, será un indicador muy importante en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Lau K Guia completa para pacientes sobre la cirugía para el tratamiento de la escoliosis. Primera edición ed. Estados Unidos; La salud en tus manos;2014.
2. Silberman F, Varaona O. Ortopedia y Traumatología. Segunda edición ed . Buenos aires;Panamericana;2003.
3. Alvarez Garcia de Quesada L, Nuñez Giralda A. Escoliosis ideopática. PAP.2011 Abril : 13 (135-46).

Capítulo 36

ENFERMERIA EN EL TRIAJE EN URGENCIAS DE LOS HOSPITALES

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES

ALMUDENA AROCA LOPEZ

SERGIO SANTOS TIRADO

ANTONIA DIAZ MUÑOZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

1 Introducción

La demanda por parte de los pacientes de una atención urgente e inmediata aumenta cada día más, por lo que el servicio de urgencias aumenta cada vez más sus necesidades en formación y gestión.

La misión de este servicio es atender y resolver cualquier situación urgente de salud que pueda suponer un riesgo para la vida del individuo.

Para ello se proporciona una atención multidisciplinar y debidamente organizada y estructurada, donde todos los eslabones estén perfectamente coordinados entre sí.

El servicio de urgencias se sitúa dentro del complejo hospitalario en un lugar accesible para vehículos y peatones y a su vez debe de estar estrechamente relacionado con los principales servicios del hospital: UCI, quirófano, laboratorio, banco de sangre, servicio de radiología, partos...

La sobrecarga de trabajo en este servicio supone un grave problema, ya que tiene como consecuencia el retraso en los tratamientos de los pacientes y por ello puede provocar un aumento de las tasas de mortalidad de la población.

Como hemos visto la organización de este servicio es muy importante para poder dar un servicio de calidad al paciente y evitar riesgos, para ello es muy importante realizar un correcto triaje de los pacientes para poder atenderlos según sus necesidades.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el triaje de los pacientes en el servicio de urgencias

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 triaje de los pacientes permite gestionar el riesgo clínico y realizar una valoración de los pacientes en función del grado de urgencia para manejarlos de forma correcta y dar una respuesta adecuada a su demanda asistencial.

Se debe tratar primero a aquellos pacientes más graves.

El sistema de triaje debe estar estructurado y debe de evaluar de manera rápida la gravedad que presenta cada paciente.

No solo se trata de priorizar la atención médica, sino también de proporcionar los medios y el lugar adecuados para ello.

Debe ser realizado por personal entrenado con al menos 1 año de experiencia en el servicio de urgencias.

Las funciones del triaje en el servicio de urgencias son las siguientes:

- Identificar a los pacientes con mayor riesgo vital.
- Asegurar la reevaluación de los pacientes que se encuentran en espera.

- Proporcionar información útil para el desarrollo del proceso asistencial.
- Ayudar a disminuir la saturación del servicio de urgencias y de las distintas aéreas de tratamiento.
- Priorizar la atención sanitaria en función del nivel de clasificación.
- Asignar el área de urgencias más adecuada a cada paciente.

Niveles de prioridad:

- I: Reanimación, color rojo, requiere asistencia inmediata.
- II: Emergencia, color naranja, asistencia inmediata de la enfermera y de máximo 10 minutos del médico.
- III: Urgente, color amarillo, tiempo de espera máximo de 45 min.
- IV: Menos urgente, color verde, tiempo de espera máximo de 120 min.
- V: No urgente, color azul, tiempo de espera máximo 240 min.

Existen otras formas de triaje, como el triaje avanzado en el que pueden pedirse analíticas u otras pruebas complementarias antes de que el paciente vea al médico o el triaje multidisciplinar, formado normalmente por un médico y una enfermera, donde la valoración médica se realiza inmediatamente pudiendo pedir las pruebas necesarias de forma inmediata.

Estas otras maneras de triaje buscan disminuir la saturación del servicio de urgencias manteniendo la calidad asistencial, de una manera más rápida y eficiente. El papel del profesional de enfermería durante el triaje es esencial, ya que somos los encargados de realizar una valoración del estado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en enfermería que desempeña sus funciones en un centro hospitalario en el servicio de urgencias hospitalarias algunas cuestiones básicas relacionadas con la importancia del triaje en el servicio de urgencias.

Hemos podido conocer como se organiza el servicio de urgencias y que está formado por un equipo multidisciplinar que debe estar perfectamente coordinado y formado para poder ofrecer una mejor atención y asistencia ante casos graves donde la vida del individuo puede verse comprometida Hemos podido conocer los objetivos o funciones que persigue el sistema de triaje y los niveles de prioridad de asistencia, así como otras alternativas de triaje.

6 Bibliografía

1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.

3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 37

ENFERMERÍA Y LAS INTERVENCIONES EN UNA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA DE URGENCIA

NATALIA GALLEGO VILLAFAINA

MARTA GARZÁS PARAMIO

ANA TALAVERA SALVADOR

1 Introducción

En los servicios de urgencia hospitalaria, pueden acudir pacientes con arritmias cardíacas. Éstas son una alteración de ritmo cardíaco, muy rápido (taquicardia) o muy lento (bradicardia) o de manera irregular.

Los síntomas que se suelen presentar: mareos, dolor torácico, pérdidas de conocimiento o palpitaciones si la frecuencia cardíaca está aumentada. En el caso que nos ocupa nos centraremos en las arritmias subsidiarias de cardioversión eléctrica urgente. Ésta puede ser la fibrilación auricular rápida o el flutter auricular rápido. El paciente suele presentar frecuencias cardíacas muy elevadas, repercusión hemodinámica (hipotensión y alteración del estado neurológico) y de no ser tratada urgentemente podría ser mortal.

La cardioversión eléctrica consiste en la aplicación de una descarga eléctrica controlada y breve para finalizar la arritmia cardíaca rápida y ayudar que el corazón vuelva a latir en un ritmo sinusal normal. Esta técnica se inició en la década de

los 60 y se mantiene hasta nuestro días. La energía que se aplica sobre el corazón provoca una despolarización de todas las células del miocardio que tras una pausa para la repolarización se inicia de nuevo el ritmo cardiaco normal (despolarización y contracción muscular de aurículas y después ventrículos). Su éxito depende de la densidad de corriente alcanza así como la posibilidad de patología subyacente.

2 Objetivos

Dar a conocer las intervenciones y cuidados de enfermería de forma previa, durante y post-cardioversión eléctrica en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica tras 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. Además hemos consultado el protocolo enfermero en el servicio de Urgencias del hospital donde desempeñamos nuestra labor asistencial.

4 Resultados

Tras la revisión de bibliografía y protocolos revisados hemos conocido las intervenciones de enfermería necesarias previas y tras una cardioversión eléctrica de urgencia.

Enfermería juega un papel importante, en el servicio de urgencias, en la ayuda al diagnóstico, en este caso: realización de electrocardiograma, canalización de acceso venoso y obtención de muestras sanguíneas, administración de medicación; y también en la correcta preparación de material necesario y su óptimo funcionamiento.

Previo a la cardiversión, como enfermeras:

- Colocación del paciente en decúbito supino, desnudo, retirando prótesis dental si fuera necesario y objetos metálicos.
- Monitorización del paciente (colocación de electrodos, manguito de tensión arterial y pulsioxímetro).

- Canalización de vía venosa, preferentemente en miembro superior derecho (ya que el choque eléctrico se realizará por el lado izquierdo).
- Colocación en el lado izquierdo del paciente aparato desfibrilador con modalidad de cardioversión (debemos monitorizar al paciente con los electrodos de éste).
- Tener preparado carro de paradas por si fuera necesario su uso con material de intubación, aspiración o atropina IV.
- Preparación de medicación para la sedación del paciente (según orden médica), normalmente propofol, midazolam y/o fentanest IV.
- Tranquilizar e informar al paciente de la técnica a la que va ser sometido e intentar disminuir la ansiedad.

Durante la cardioversión eléctrica:

- Tener preparado el desfibrilador, en modo "sincronizado" previo a dar el choque eléctrico.
- Antes de la sedación, administración de oxígeno (mascarilla venturi al 50 %).
- Administración de la medicación pautada por el médico para la sedación necesaria.
- Aplicación gel conductor en las palas del desfibrilador o en el caso de que se utilicen los parches del aparato, colocarlos directamente.
- Seleccionar la energía necesaria que el facultativo considere y éste será el encargado de administrar el o los choques necesarios.
- Confirmar en el monitor si el paciente ha entrado en ritmo sinusal y realización de electrocardiograma posterior.

Los cuidados de enfermería posteriores a la cardioversión serán:

- Mantenimiento de oxigenoterapia hasta que aumente el nivel de conciencia.
- Controlar y registrar las constantes vitales.
- Valorar la piel, por posibles quemaduras y aplicación de crema hidratante o sulfadiazina de plata.
- Retirada, limpieza y reposición de material necesario.
- Registro informático de todo el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La cardioversión eléctrica es una técnica habitual en un servicio de urgencia hospitalaria, aún así requiere de un aprendizaje previo por parte de los profesionales implicados. Aunque es el facultativo el que la ejecuta, enfermería tiene un importante papel. Ésta es la encargada de las revisiones y chequeos del aparataje y por tanto, fundamental en su correcto funcionamiento. La correcta actuación protocolizada por parte del personal de enfermería, favorecerá a que el procedimiento

sea rápido y sin errores. Así como también, nuestra cercanía con el paciente, aportará tranquilidad y seguridad ya que somos nosotras las que estamos presentes, antes, durante y después de esta técnica.

6 Bibliografía

1. Zoll PM, Linenhtal AJ, Gibson W, Paul MH, Norman LR. Termination of ventricular fibrillation in man by externally applied electric countershock. N Engl JMed 1956; 254: 727-732.
2. Dalzell GW, Cunningham SR, Anderson J, Adgey AA. Electrode pad size, transthoracic impedance and success of external ventricular defibrillation. Am J Cardiol 1989; 64: 741-744.

Capítulo 38

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL A TRAVÉS DEL SONDAJE VESICAL EN CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL. FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

NATALIA GALLEGO VILLAFAINA

MARTA GARZÁS PARAMIO

ANA TALAVERA SALVADOR

1 Introducción

El abdomen es una cavidad cerrada con paredes rígidas y flexibles, con lo que la elasticidad de sus paredes y su contenido determinan la presión dentro del abdomen. Por lo que, la presión intraabdominal (PIA) se trata de un estado fijo de presión dentro del abdomen, la cual puede que aumente durante la inspiración y disminuye 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 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 desarrollen 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 a 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

- Describir la relación entre la presión intraabdominal y la cirugía abdominal.
- Describir la técnica de medición de la presión intraabdominal a través de sondaje vesical y el papel de enfermería en este procedimiento.

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” y “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 pía 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 causa de mortalidad en el tratamiento de las grandes eventraciones. Este aumento de presión se ve agravado por el cierre de la pared abdominal tumefacta e inelástica bajo tensión (con o sin malla). Además, en estos enfermeros 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 proceder 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.

A día de hoy 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 aumenta la producción de radicales libres en la mucosa intestinal, hígado, bazo y pulmón. Además la reducción 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 permite medir la presión intraabdominal en mmHg; como es por ejemplo el cono-

cido sistema Unometer Safeti 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 ocurre por oliguria, se puede purgar el sistema con 20cm 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 proceder a realizar la primera medición de la presión intraabdominal. Para ello, hay que recordar el pinzar la sonda vesical y el tubo del urinómetro durante 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 del 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 importante que el paciente se encuentre 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, manteniendo 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 a el 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.

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 Cientif Enferm. Vol. 19 N° 4 Mayo, 2011. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-144.pdf>.

Capítulo 39

ENFERMERÍA: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN EL ADULTO

NATALIA GALLEGO VILLAFAINA

MARTA GARZÁS PARAMIO

ANA TALAVERA SALVADOR

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria se define como una “situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea”.

La reanimación cardiopulmonar avanzada (RCPA) incluye una serie de técnicas y maniobras dirigidas a la sustitución de la función circulatoria y respiratoria.

Según la American Heart Association (AHA) el soporte vital avanzado es el cuarto eslabón en la cadena de supervivencia del adulto en la parada extrahospitalaria.

Precedida por la activación de los servicios de emergencias, la reanimación cardiopulmonar de alta calidad, y la desfibrilación.

Es de vital importancia que todo el personal sanitario maneje de forma adecuada, eficaz y coordinada la parada cardíaca.

Es conocido que el personal de determinadas unidades está habituado en su manejo, sin embargo, en otros ámbitos la parada cardíaca no se presenta de forma habitual, por lo que es responsabilidad del propio personal y de las autoridades

sanitarias formar y mantener actualizado a todo el personal en el ámbito de la salud en los algoritmos de soporte vital avanzado.

Así mismo, para el éxito en la recuperación de la circulación espontánea en la parada cardiorrespiratoria en el ámbito extrahospitalario es imprescindible la implementación de la cadena de supervivencia. Por ello, toda la población debería conocer y estar entrenada en el reconocimiento de la parada y maniobras de soporte vital básico hasta la llegada de los servicios de emergencias.

2 Objetivos

Determinar cuál es y cómo se realiza el algoritmo de reanimación y soporte vital avanzado en el manejo de la parada cardíaca del adulto para reanimadores entrenados.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas seleccionando artículos en inglés y castellano de los últimos 7 años.

Consulta y revisión bibliográfica de los principales organismos y asociaciones de soporte vital avanzado, tanto a nivel nacional como europeo y americano.

4 Resultados

Para confirmar que nos encontramos ante una parada cardiorrespiratoria y poner en marcha las recomendaciones que se explican a continuación, deberemos comprobar los signos de vida de la víctima. En primer lugar, nos cercioraremos de que la víctima no responde, y la colocaremos en decúbito supino. En segundo lugar, pediremos ayuda. Antes de comprobar su respiración abriremos la vía aérea con la maniobra frente-mentón, y valoraremos si el tórax de la víctima se mueve, escucharemos si hay sonidos respiratorios, y sentiremos si exhala aire en nuestra mejilla durante unos segundos. En tercer lugar, comprobaremos signos de circulación valorando el pulso carotídeo. En caso de ausencia de respiración con presencia de pulso carotídeo se trataría de una parada respiratoria, por lo que debería ventilar al paciente y comprobar su pulso cada 10 ventilaciones.

En caso de ausencia de circulación, o dudas sobre la presencia de pulso, se debe comenzar la resucitación cardiopulmonar, Iniciando 30 compresiones torácicas

seguidas de 2 ventilaciones, al mismo tiempo otra persona debe conseguir el equipamiento necesario para la reanimación.

Las compresiones deben tener una profundidad mínima de 5 cm e inferior a 6 cm con un ritmo de al menos 100 compresiones por minuto y no más de 120 por minuto, permitiendo la reexpansión del tórax entre las compresiones. Se enfatiza en una RCP de calidad minimizando las interrupciones y realizando compresiones. En cuanto a la ventilación, debe realizarse con el material más adecuado con el que se pueda contar. Inicialmente se realizarán las ventilaciones con bolsa de resucitación manual autoinflable conectado al oxígeno al 100 %, preferiblemente entre dos personas, para garantizar el sellado de la mascarilla. La intubación oro-traqueal es el aislamiento definitivo de la vía aérea, pero solo debe realizarse por personal entrenado en esta técnica, como alternativa, pueden utilizarse los dispositivos supraglóticos.

Cuando tengamos a nuestra disposición un desfibrilador, colocaremos los parches autoadhesivos al paciente mientras continuamos con las compresiones torácicas y las respiraciones. Una vez conectado al desfibrilador, valorar el ritmo del paciente.

Ritmo desfibrilable (FV, TQVSP).

En caso de confirmar un ritmo desfibrilable (taquicardia ventricular sin pulso o fibrilación ventricular) cargar el desfibrilador mientras otro reanimador continua con las compresiones torácicas. Una vez cargado el desfibrilador, se deben detener las compresiones, y tras asegurarse que ningún reanimador toca a la víctima administrar la descarga (al menos 150 J en desfibriladores bifásicos). Se deben minimizar los tiempos entre el cese de las compresiones, y la desfibrilación.

Tras la descarga comenzar inmediatamente con compresiones torácicas y ventilaciones durante 2 minutos, en este momento se valorará nuevamente el ritmo, y se dará una segunda descarga si procede (150-360 J en desfibrilador bifásico). Tras la administración de la segunda desfibrilación retomaremos las compresiones torácicas y la ventilación inmediatamente y durante dos minutos, tras los cuales comprobaremos nuevamente el ritmo, y si el ritmo fuese desfibrilable, realizaríamos una tercera desfibrilación. Continuaremos realizando RCP y valoraremos cada dos minutos el ritmo de la víctima, y desfibrilaremos siempre que este indicado. En cuanto a la canalización de un acceso venoso, debemos obtenerlo cuando sea posible, pero nunca puede retrasar las compresiones y ventilaciones de calidad. Se consideran de elección en el adulto la vía intravenosa y la vía intraósea.

Una vez obtenido el acceso, en caso de los ritmos desfibrilables administraremos adrenalina 1 mg y amiodarona 300 mg tras la tercera descarga, y después continuaremos con 1 mg cada 3-5 minutos (aproximadamente cada dos ciclos).

La utilización de la capnografía se considera útil para valorar la calidad de la reanimación, así como para la comprobación de la correcta localización del tubo endotraqueal, y se considera que puede detectar de forma precoz la recuperación de la circulación espontánea (RCE).

Ritmo no desfibrilable (AESP, asistolia).

La supervivencia en la parada cardiorrespiratoria en estos ritmos es bastante improbable, a no ser que se trate la causa de la parada.

La secuencia en este tipo de paradas es similar a la anterior, realizaremos ciclos de compresiones torácicas y ventilaciones de dos minutos de duración, y tras ellos comprobaremos el ritmo y el pulso, en caso de ser ritmo no desfibrilables (asistolia, o actividad eléctrica sin pulso reanudaremos las compresiones y ventilaciones otros dos minutos, y así sucesivamente, en caso de comprobar un ritmo desfibrilable pasaríamos al algoritmo anterior de ritmos desfibrilables.

En el caso de la administración de la medicación si hay modificaciones, ya que administraremos adrenalina 1 mg en cuanto podamos canalizar una vía de acceso venoso, y repetiremos su administración cada 3-5 minutos, en este caso no se administra amiodarona.

Es muy importante en todos los casos, bien sean ritmos desfibrilables o no identificar la causa de la parada y tratarla. Por ellos se describen las causas reversibles de parada cardiorrespiratoria, las llamadas “4H y 4T” que son: Hipoxia, hipovolemia, hipo/hiperkalemia, hipo/hipertermia, y trombosis coronaria o pulmonar, neumotórax a tensión, taponamiento cardíaco, tóxicos.

5 Discusión-Conclusión

Es responsabilidad del departamento de salud, de los centros sanitarios y del propio personal sanitario la adquisición y actualización de las habilidades de soporte vital, y de reanimación cardio-pulmonar básica y avanzada.

Para su consecución, es necesaria formación tanto teórica como práctica, ya que la única forma de conseguir implementar estas habilidades es con una formación integral y con la realización de casos prácticos dirigidos.

Durante las maniobras de soporte vital avanzado, es necesaria la participación de varios profesionales sanitarios, por lo que el rol del profesional que dirige la reanimación resulta vital para la organización de las tareas, así como la comunicación entre los intervinientes.

6 Bibliografía

1. Soar J, Nolan JP, Böttiger BW, Perkins GD, Lott C, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.016>.
2. Soar J, MacOnochie I, Wyckoff MH, Olasveengen TM, Singletary EM, Greif R, et al. 2019 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations: Summary from the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; And First Aid Task Forces. *Circulation*. 2019; 140 (24).
3. Mark S. Link, Chair, Lauren C. Berkow, Peter J. Kudenchuk, Henry R. Halperin, Erik P. Hess, Vivek K. Moitra, Robert W. Neumar, Brian J. O'Neil, James H. Paxton, Scott M. Silvers, Roger D. White, Demetris Yannopoulos, and Michael W. Donnino Adult advanced cardiovascular life support: 2015 American heart association guideline update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2015; 132 (18).
4. T. Olasveengen, M. Mancini, G. Perkins et al. *Circulation*. 2020; 142.

Capítulo 40

PRINCIPALES TÉCNICAS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA

MARIA DEL ESPINO VERGARA SANCHEZ

1 Introducción

El manejo de la vía aérea es de los elementos más fundamentales dentro del cuidado de los pacientes. El personal sanitario tiene la necesidad de conocerlo y de realizar un entrenamiento continuo.

Un manejo erróneo de la vía aérea en urgencias y emergencias, se ha relacionado estadísticamente con aumentos de la morbilidad y mortalidad de pacientes críticos, tanto en asociados a trauma o patologías médicas.

Gran parte de esto se atribuye a la falta de conocimiento y experiencia en el manejo de ésta por el personal sanitario.

El manejo de la vía aérea, se debe de entender como todo tipo de maniobras y el uso de dispositivos que tiene como objetivo permitir una ventilación adecuada y segura a pacientes que lo necesitan, y es uno de los desafíos más importantes al que puede verse enfrentado el personal sanitario en su práctica clínica.

La importancia del manejo adecuado de la vía aérea sigue siendo de gran relevancia en la atención inicial; una evaluación completa, manejo y aseguramiento de ésta de forma temprana y efectiva serán los objetivos a lograr por el personal sanitario.

En este capítulo trataremos la vía aérea. Revisando los elementos más importantes en relación con su evaluación, y las técnicas básicas y avanzadas utilizadas para su manejo adecuado.

Revisaremos algunas definiciones importantes, los diversos elementos usados para ventilar, tanto en el manejo respiratorio básico como en el avanzado.

2 Objetivos

- Conocer el manejo de los distintos dispositivos usados para asegurar una correcta ventilación, además de un correcto 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

Ante la posible sospecha de problemas en la vía aérea, lo primordial es evaluar la permeabilidad de ésta y la presencia o no de esfuerzo respiratorio. Para ello es fundamental saber cómo analizarla, y para ello se debe mirar, escuchar y sentir para determinar si el movimiento de aire hacia los pulmones se redujo o si está ausente.

Existen signos que nos advierten de una posible obstrucción de la vía aérea:

- Ausencia de expansión torácica inspiratoria.
- Retracciones supraesternales, supraclaviculares o intercostales.
- Tiraje traqueal.
- Aleteo nasal.
- Uso de músculos accesorios.
- Sonidos respiratorios inaudibles.
- Ronquido es el típico sonido de la obstrucción parcial faríngea.
- Estridor principalmente inspiratorio sugiere obstrucción glótica o laringoespasmio parcial.

Las estrategias para permeabilizar la vía aérea deben individualizarse de acuerdo con cada paciente y su condición clínica.

Debemos siempre comenzar inicialmente por las técnicas más sencillas que permitan un adecuado intercambio ventilatorio y que prevengan la posible hipoxemia e hipercapnia.

Técnicas para mantener permeable de la vía aérea:

Extensión cervical

- Indicación: obstrucción de la vía aérea superior.
- Contraindicaciones: trauma cervical, inestabilidad atlanto-occipital, síndrome de arteria basilar.
- Complicaciones: dolor cervical.

Levantamiento mandibular

Dicha maniobra consiste en la tracción hacia arriba de la mandíbula, causando una ligera subluxación lo cual facilita el despeje de la vía aérea al desplazar la lengua hacia adelante.

- Indicación: Obstrucción de la vía aérea superior, puede realizarse en casos de trauma cervical.
- Contraindicación: mandíbula dislocada o fracturada.
- Complicaciones: dislocación mandibular, lesión dental.

Cánula orofaríngea o Guedel

Para colocarlo correctamente se debe insertar la cánula con el lado cóncavo hacia el paladar, una vez en la cavidad oral este se debe girar 180 grados y luego se debe avanzar hasta la cavidad orofaríngea.

Mecanismos de apoyo a la oxigenación y ventilación.

Por un lado existen los sistemas de bajo y de bajo flujo:

Los sistemas de bajo flujo:

- El flujo de oxígeno que proporcionan es insuficiente para satisfacer los requerimientos inspiratorios del paciente, por lo que éste toma además aire ambiente.
- La FiO₂ que administran al paciente es impredecible, ya que depende del patrón respiratorio de este.
- Proporcionan flujos menores de 40l/min.
- Gafas nasales, mascarilla con reservorio.

Los sistemas de alto flujo:

- El flujo de oxígeno es suficiente para satisfacer los requerimientos inspiratorios del paciente.
- La FiO₂ que proporcionan será conocida, fija e independiente del patrón respiratorio del paciente.
- Proporcionan flujos mayores de 40l/min.
- Ventimask, gafas nasales de alto flujo.

Mascarilla facial

Se coloca desde la nariz hacia la boca cubriéndola. No se necesita incluir el mentón.

Técnica de ventilación a una mano

Se trata de colocar la mascarilla cubriendo la nariz y la boca, colocaremos el dedo índice y el pulgar rodeando el orificio, la palma de la mano se extiende sobre el lado izquierdo de la máscara, mientras que el resto de los dedos se ubican sobre la mandíbula.

Técnica de Ventilación a dos manos

Requiere de una persona encargada del posicionamiento de la máscara facial y una segunda persona encargada de ejercer la ventilación con presión positiva.

Si no se consigue la ventilación se puede usar una cánula orofaríngea para permeabilizar la vía aérea.

Parece una técnica fácil, pero requiere de entrenamiento y práctica.

La ventilación con presión positiva se puede realizar mediante un respirador o mediante un resucitador manual o Ambu.

El resucitador manual, también conocido como Ambu o bolsa auto-inflable, es un dispositivo manual para proporcionar ventilación con presión positiva para aquellos pacientes que no respiran o que no lo hacen de forma adecuada.

Insuflar aproximadamente la mitad de la capacidad del balón resucitador, que debe ser el necesario para que el tórax se eleve, lo que correspondería a 500-600ml. Seguir un ritmo de 12-14 insuflaciones por minuto, comprobando la expansión del tórax del paciente en cada insuflación.

Cabe resaltar la importancia de saber montar correctamente el Ambu, ya que debe de estar en todos los carros de paradas. Para estar bien montado debe de tener:

- Mascarilla facial.
- Filtro que cambiaremos con cada paciente.
- Válvula unidireccional o PEEP.
- Balón autohinchable.
- Alargadera para conectar a la toma de oxígeno.
- Bolsa reservorio.

La válvula PEEP es una válvula unidireccional que mantiene una presión positiva y por tanto un volumen al final de la espiración, con el objetivo de abrir (reclutar) y de esta manera proteger del daño pulmonar. Hay que señalar que, desde que se inició su uso, ha aumentado la supervivencia en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de forma significativa.

La bolsa reservorio incrementa de forma considerable la concentración de

oxígeno suministrada. Al conectar el resucitador a una botella de oxígeno, el reservorio se llena y el aire suministrado al paciente contiene un porcentaje aproximado de un 90% de oxígeno.

Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI)

La VMNI es un procedimiento que utiliza unos aparatos que proporcionan un flujo de aire desde el exterior ayudando con la función ventilatoria del paciente mediante una presión positiva.

La VMNI es una modalidad ventilatoria que no invade la vía aérea del paciente, siendo menos agresiva, más cómoda, menos costosa y con menos complicaciones que la ventilación mecánica convencional

Mascarilla laríngea

Es un dispositivo que se ubica en la faringe y porción laringofaríngea de la laringe, el cual no traspasa las cuerdas vocales, es decir es un instrumento supraglótico. Se emplea para ventilación por tiempos de corta duración, o en casos de vía aérea difícil como herramienta de rescate.

Para cerciorarnos de su correcto funcionamiento hay que vigilar que no presenta fuga en la ventilación, ausencia de una onda de capnógrafo o ruidos respiratorios. Cuando detectamos que existe algún fallo en el manejo de la mascarilla debemos evaluar y corregir las causas de fallo: Malposición, inflado deficiente, tamaño del dispositivo inadecuado, nivel de inconsciencia insatisfactorio y presencia de laringoespasmos.

Debemos tener en cuenta que no protege contra la broncoaspiración como lo hace un tubo endotraqueal.

El tubo endotraqueal con el balón neumotaponador correctamente inflado y ubicado por debajo de las cuerdas vocales, si garantiza el aislamiento de la vía aérea y la digestiva.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación de la vía aérea es fundamental para realizar poder realizar una intervención adecuada en el paciente crítico, tanto en la preparación como en el manejo del paciente acorde a cada situación clínica.

Si no podemos manejar apropiadamente la vía aérea, puede tener consecuencias catastróficas y lesiones secundarias a la hipoxia en pocos minutos.

El manejo de la vía aérea es fundamental en los cuidados del paciente de urgencias y emergencia. Es imprescindible que todo el personal sanitario sepa reconocer y manejar los dispositivos ventilatorios actuales, además de reconocer los signos de alarma, de ahí la importancia de una correcta monitorización.

6 Bibliografía

- 1.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.
- 2.Fundamentos para la evaluación y manejo de la vía aérea. 2020.IF Quintero Cifuentes, 10.18046/eui/disc.2.2020
- 3.Monitorización de la mecánica respiratoria en el paciente ventilado.2014.E García-Prieto, L Amado-Rodríguez, G Albaiceta.10.1016/j.medin.2013.09.003.
- 4.Noninvasive Ventilation in Acute Cardiogenic Pulmonary Edema. 2005.J Masip, M Roque, B Sánchez, R Fernández, M Subirana, JA Expósito.10.1001/jama.294.24.3124.JAMA
- 5.Boron WF, Boulpaep EL. Medical Physiology. Updated edition. Filadelfia (EEUU): Elsevier Saunders. 2005.
- 6.Manejo avanzado de la vía aérea.2011.CO Ramón, LA Juan Pablo.10.1016/s07168640(11)70426-6. Revista Médica Clínica Las Condes.

Capítulo 41

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS ACCESOS VENOSOS Y ARTERIALES

MARIA DEL ESPINO VERGARA SANCHEZ

1 Introducción

El personal de Enfermería en su trabajo diario se encuentra ante situaciones que por sus características clínico-analíticas requieren una actuación rápida y enérgica con el objetivo de revertirlas, para lo cual es imprescindible disponer de dispositivos intravasculares que permitan por un lado asegurar una rápida distribución por todo el organismo de fluidos o sustancias terapéuticas o bien la monitorización de constantes que permitan una correcta praxis.

Con el fin de controlar estas situaciones, el personal de enfermería dispone de múltiples vías de acceso vascular que permiten la colocación de los diferentes dispositivos intravasculares.

Además de los dispositivos de inserción por parte del personal médico, en los cuales su actuación es imprescindible.

La mayoría de los pasos de la inserción de un catéter vascular son comunes a todos los procedimientos: se necesita tiempo para escoger el dispositivo y el sitio óptimo, dependiendo de las necesidades clínicas, duración del tratamiento y preferencias del paciente. También se necesita una adecuada explicación del procedimiento y un correcto entrenamiento.

La asepsia es esencial para todo tipo de inserciones y los cuidados post procedimiento debido al acceso directo al torrente sanguíneo que éste implica. Esto está bajo un escrutinio cada vez mayor.

La fijación es un tema importante y necesario para evitar el desplazamiento del catéter. Ésta puede realizarse con parches y sistemas adhesivos, suturas o bien

con sistemas de anclaje internos. Para mantener un funcionamiento efectivo y seguro del catéter se requiere de un meticuloso control post procedimiento y una observación.

Por todo ello es primordial que todo el personal, sepa reconocer los dispositivos disponibles y su correcta inserción.

2 Objetivos

- Repasar los distintos catéteres y qué tenemos que preparar para coger uno de ellos.
- Reconocer unos buenos cuidados de enfermería en vías venosas centrales y arteriales.

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

Es importante saber relacionar el tipo de catéter con la necesidad del paciente en casa momento y siempre y cuando la anatomía del paciente lo haga posible.

A continuación repasaremos los datos más importantes a tener en cuenta antes de coger una vía:

- ☒ La identidad del paciente.
- ☒ Planificar el tipo de catéter a utilizar según el tratamiento, la duración de este y el estado del paciente.
- ☒ El tipo de medicación que vamos a administrar (irritantes, vesicantes...).
- ☒ Seleccionarse el catéter de calibre más pequeño posible para evitar en todo lo posible la flebitis mecánica.
- ☒ Valorar la movilidad del paciente y su grado de consciencia.

☒ Registrar la fecha de inserción y siempre usar apósitos transparentes para poder observar el punto de punción. No cambiar sistemáticamente dichos apósitos a no ser que se observe que están para cambiar.

Tipos de catéter según tamaño catéter:

14G:

☒ Politraumatizados.

Reposición de grandes volúmenes.

16G:

☒ Transfusiones sanguíneas.

☒ Grandes volúmenes de fluidos.

18G:

☒ Medicación irritante.

☒

☒ Inyección rápida de contraste.

20G:

☒

☒ Antibióticos y analgesia.

☒

22G:

☒ Ancianos y niños.

☒

Vía venosa central

Se trata de un acceso venoso insertado en un gran vaso como vena yugular interna, subclavia o femoral.

Puede permanecer semanas o meses, evitando la inserción de catéteres periféricos.

Indicaciones:

☒ Administración de nutrición parenteral.

☒ Administración de drogas vasoactivas.

☒ Monitorización de la Presión Venosa Central.

☒ Administración de grandes cantidades de líquido.

☒ Acceso vascular para hemodiálisis temporal.

☒ Realización de estudios diagnósticos (administración de medios de contraste).

☒ Dificultad para canalizar vía periférica.

Riesgos y complicaciones:

☒ Infecciones y sepsis.

☒ Flebitis.

☒ Hematoma local.

- ☒ Trombosis venosa.
- ☒ Neumotórax y/o hemotórax.
- ☒ Embolia pulmonar gaseosa o edema pulmonar.
- ☒ Punción arterial.
- ☒ Perforación de miocardio y/o arritmia cardíaca.
- ☒ Rechazo del catéter.
- ☒ Extravasación del medicamento o producto administrado.

Tipos de catéteres:

Acceso Central (Subclavia, Yugular y Femoral)

- Corta Duración (-30 días):

- Larga Duración (+30 días)

Reservorio.

Hickman.

Acceso Periférico (Vena cava superior)

DRUM (Corta duración)

PICC (Larga duración)

Colocación del paciente:

☒ Vena yugular interna y subclavia: Decúbito supino, brazos alineados al tronco. Preferible Trendelenburg de 30°. Cabeza girada hacia lado contrario elegido para la punción.

☒ Vena femoral: Decúbito supino. Muslo en ligera abducción y rotación externa.

Vías arteriales

La presión arterial (PA) se puede medir de manera invasiva y constante. Para ello es necesaria la introducción de un catéter en un acceso vascular arterial.

La localización más común del catéter de PA es la arterial radial, aunque puede usarse en otras localizaciones como la arteria braquial, la femoral etc.

La monitorización invasiva está indicada principalmente cuando hablamos de pacientes críticos o hemodinámicamente inestables.

La visualización continua de la PA nos permite detectar al momento cambios o alteraciones en la clínica del paciente y en consecuencia actuar más rápido.

También es conveniente en pacientes que requieran extracciones de sangre frecuentemente, por ejemplo, la realización de gasometrías en el paciente con ventilación mecánica.

☒ Catéter arterial. Si es radial 22G 80mm, y si es femoral 18 G 160 mm.

☒ Solución de lavado: suero salino fisiológico (500cc) y lo heparinizamos con 1000 UI de Heparina sódica. Siempre preguntando previamente al personal facultativo.

☒ Infusor de presión o presurizador.

- ☒ Transductor: transforma las ondas de presión detectadas en la arteria en señales eléctricas capaces de ser interpretadas por el equipo de monitorización, el cual las expresa en forma de curvas y traduce a un valor numérico de tensión arterial. Según la marca únicamente
- ☒ Cambia el modo en el que se purga el sistema, apretando de la pinza o tirando de la goma.
- ☒ Cable de presión: transmite la información del transductor al monitor.
- ☒ Monitor de cabecera.

5 Discusión-Conclusión

Está claro que la inserción y la manipulación de los catéteres son técnicas de máxima asepsia, esta es importantísima para prevenir una posible infección. También es importante un correcto desarrollo de la técnica y para ello es primordial conocerla bien, dada la gran utilidad que tiene para los profesionales de la salud. Para desarrollar bien estas técnicas debe haber una experiencia previa, capacitación y dedicación a su estudio y cuidado pues es un poco más compleja de lo que parece.

Las aulas o laboratorios de simulación son una herramienta perfecta para la práctica de inserción de todo tipo de catéteres.

6 Bibliografía

- 1.Ministry of Health, NSW. Guideline for PIVC Insertion and Post Insertion Care in Adult Patients. Sydney 2013.
- 2.SERVEI. Estándares de procedimientos intervencionistas Colocación accesos vasculares consultado el 15 de junio de 2021.
- 3.Arrow, Catéteres venosos centrales. Guía de cuidados de Enfermería.
- 4.Culebras J M. Complicaciones derivadas de la utilización de catéteres venosos centrales. Nutr. Hosp 1991;6:143-144.
- 5.Bach A. Complications of central venous catheterization. Chest 1993;104:654.
- 6.Bodenham A. ACCESO VASCULAR. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(5):713–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.002>.

Capítulo 42

TRATAMIENTO ANTE UNA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

BEATRIZ GARCIA MENENDEZ

CRISTINA FERREIRO PELÁEZ

PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA

VANESA ALONSO GONZÁLEZ

ANDREA VIEJO GONZÁLEZ

1 Introducción

La hipertensión arterial es una elevación sostenida de la presión arterial sistólica, diastólica o de ambas. Se define según la OMS por la presencia mantenida de cifras de tensión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg y/o una tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg, en ausencia de tratamiento hipertenso. La importancia de la hipertensión arterial radica en el hecho de que cuanto mas elevadas sean las cifras de presión arterial tanto sistólica como diastólica, mayor es la morbilidad y la mortalidad de los individuos. La elevación de la tensión arterial aumenta el riesgo de ACV, enfermedad coronaria, enfermedad renal crónica y enfermedad arterial periférica.

La hipertensiva arterial no produce sintomatología inicial, por lo que es frecuente que su diagnostico se retrase en la mayoría de los casos, hasta que es detectada en un control rutinario, tanto realizado por el paciente en las autotomas en su domicilio, como las revisiones con la enfermería de su centro de salud. En caso de

producir sintomatología, esta suele ser inespecífica, destacando principalmente la cefalea y otros síntomas como disnea, trastornos visuales, mareas, debilidad o epistaxis.

La elevación de la presión arterial de forma mantenida puede causar daños en un gran número de órganos. Se denominan órganos diana a los órganos que más se afectan por la elevación de la tensión arterial: corazón, riñón, cerebro, lecho arterial y retina.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer que es, en que consiste una hipertensión arterial, como se diagnostica y cual es el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas posteriores a 2002. Se excluyeron artículos por idioma.

Palabras clave: hipertensión arterial, urgencia hipertensiva, tratamiento hipertensión, cuidados enfermería.

4 Resultados

Ante una supuesta crisis hipertensiva, hay que confirmar las cifras tensionales comprobando que el esfigmomanómetro está en buenas condiciones y que es adecuado para el grosor del brazo del paciente, y una valoración rápida de la posible lesión en los órganos diana a través de una anamnesis y una correcta y completa exploración clínica. En las consultas de urgencias se realizara a todos los pacientes un ECG y una radiografía de tórax para detectar alteraciones que demuestren la existencia de una hipertensión de larga duración, análisis de sangre (hemograma, bioquímica)

La finalidad del tratamiento antihipertensivo es disminuir la morbilidad y la mortalidad asociadas a esta enfermedad. Para su consecución se debe tratar tanto la cifra de tensión arterial como los factores de riesgo asociados.

El tratamiento no farmacológico consiste en una serie de medidas higiénicas dirigidas a modificar el estilo de vida, en el que podemos destacar que el paciente debe de adelgazar si existe obesidad, manteniendo un IMC 20-25 kg/m², disminuir el consumo de grasas saturadas y limitar el consumo de alcohol a menos de dos copas/día en varones y 1 copa/día en mujeres. Es importante también dejar el tabaco. En cuanto a la alimentación, se debe aumentar el consumo de frutas, verduras y productos lácteos desnatados, disminuir el consumo de sal (menos de 5 gramos de sal al día). También es importante que se realice ejercicio físico aeróbico de forma regular durante menos de 30 minutos diarios.

El tratamiento farmacológico consiste en administrar diuréticos, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. El tratamiento debe pretender reducir la presión arterial de forma gradual a cifras seguras (100 y 110 mmHg de diastólica). No requiere un ingreso hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de esta revisión bibliográfica es que se debe conocer los valores para determinar si el paciente esta sufriendo una crisis hipertensiva o no, y los síntomas para detectar si tiene órganos diana afectados o no. Como enfermera, en las consultas de atención primaria es importante destacar nuestros consejos dietéticos y realizar una correcta medición de la tensión arterial. La enfermera de urgencias debe conocer el tratamiento farmacológico que se debe de usar en cada circunstancia.

Es importante también destacar que existe una hipertensión que sucede solo en las consultas, conocida como hipertensión de bata blanca, por lo que es importante diagnosticarla para evitar falsos positivos.

6 Bibliografía

- Caldevilla Bernardo David, Martínez Pérez Josefa, Artigao Rodenas Luis Miguel, División Garrote Juan Antonio, Carbayo Herencia Julio Antonio, Massó Orozco Javier. Crisis Hipertensivas. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2008 Oct [citado 2022 Jun 27] ; 2(5): 236-243. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300007
- Rafael Santamaría Olmoa, María Dolores Redondo Pachóna, Casimiro Valle Domínguez, Pedro Aljama Garcíaa. Urgencias y emergencias hipertensivas: tratamiento. Rev NefroPlus. Vol 2 . Numero 2. Abril 2009 [citado 2022 junio 27]

paginas 1-57. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-urgencias-emergencias-hipertensivas-tratamiento-articulo-X1888970009000496>

- Javier Sobrino Martínez, Mónica Doménech Fera-Carot, Alberto Morales Salinas, Antonia Coca Payeras. Crisis hipertensivas: urgencia y emergencia hipertensiva . Revista MedWave 16(Suppl4):e6612 doi: 10.5867. 2016 [citado 2022 junio 27] Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Suplementos/6612.act>

- Ponce García Isabel. Crisis Hipertensivas. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2011 Feb [citado 2022 Jun 27] ; 4(1): 88-89. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000100015&lng=es

- Valdés S Gloria, Roessler B Emilio. Recomendaciones para el manejo de las crisis hipertensivas: Documento de Consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial. Rev. méd. Chile [Internet]. 2002 Mar [citado 2022 Jun 27] ; 130(3): 322-331. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000300013&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000300013>.

Capítulo 43

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN NIÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ANA IZCO SALINAS

TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA

ALBA FERNÁNDEZ CÍA

MIREN ROS AÑON

MARÍA CORREAS MARÍN

1 Introducción

En este capítulo nos vamos a centrar en las medidas no farmacológicas para el control del dolor en el niño en el servicio de urgencias. Tras la búsqueda, hemos podido comprobar la extensa bibliografía que hay tanto de los métodos farmacológicos como no farmacológicos. Hemos querido centrarnos en éstas últimas, porque nos han parecido muy interesantes y porque nos parece que su realización es más propia de los profesionales de enfermería.

Nuestro trabajo y buen hacer tiene mucha influencia sobre cómo aliviar el dolor del niño en el presente y cómo esto va a repercutir en su vida y en sus experiencias en el futuro. El rol que tienen los padres en el acompañamiento y vivencia del dolor del niño también es esencial.

Queda mucho por aprender y por mejorar por parte de los profesionales. Esperamos que este capítulo sea de ayuda y podamos contribuir a una mejor praxis y humanización de los cuidados.

Para empezar, vamos a presentar varias definiciones que nos parecen importantes en este tema, como son el dolor, la ansiedad, la analgesia no farmacológica y la tetanalgesia.

Dolor: es una sensación desagradable y una experiencia emocional asociada con daño actual o potencial de los tejidos o descrito en términos de tal daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor)

Ansiedad: distorsión del nivel de conciencia con aumento de la percepción del entorno y de la reactividad al dolor y vegetativa.

Analgesia no farmacológica: son estrategias utilizadas en el tratamiento del dolor agudo y durante la realización de procedimientos dolorosos de corta duración con el fin de disminuir el dolor y la ansiedad. Pretende disminuir el impacto emocional que dichos procedimientos pueden causar en el niño. Se necesita la colaboración e implicación del paciente y de la familia, todo ello aumenta la sensación de control y la confianza en el personal sanitario que lo lleva a cabo.

Cuenta con múltiples ventajas: bajo coste, apenas tiene efectos adversos y son también de gran utilidad para el control de la ansiedad en los padres (4)

Tetanalgesia: aprovechar el efecto analgésico de consuelo que tiene el amamamiento cuando se realizan técnicas dolorosas a recién nacidos y lactantes pequeños como vacunaciones, extracciones sanguíneas, pruebas de talón, etc. Dicho término se atribuye al Dr Merino Moína.

Falsas creencias han hecho manejar la idea de que los niños no sufren dolor, lo cual es claramente falso y contraproducente: desde el nacimiento los niños tienen experiencias de dolor que van ligadas a ansiedad y al miedo. Las estructuras anatómicas, fisiológicas y neuroquímicas responsables de transmitir el dolor están desarrolladas antes del nacimiento. Las respuestas corticales a estímulos nocivos podrían ser demostradas ya en niños prematuros.

Tras el nacimiento se producen múltiples cambios en la función y estructura de las vías neuronales nociceptivas, el dolor no presenta el mismo patrón de actividad en el sistema nervioso del recién nacido que en el del adulto. Hay dos sistemas que juegan un importante papel:

- Sistema excitatorio ascendente nociceptivo: traslada el estímulo doloroso desde la periferia al cerebro, activo ya desde el nacimiento.
- Sistema inhibitorio descendente: regula y modula la información procedente del sistema ascendente. No presente en el nacimiento, empieza a funcionar semanas o meses después del nacimiento.

El exceso de los mecanismos excitatorios y una retrasada maduración de los inhibitorios podrían producir una respuesta exagerada y más generalizada ante un estímulo doloroso de menor intensidad, con un umbral del dolor menor cuanto más pequeño es el niño.

Debido al incremento de la plasticidad del sistema nervioso en desarrollo, el dolor en la infancia puede tener consecuencias a corto y a largo plazo, teniendo efectos nocivos en el niño. De este modo, podría exagerar las respuestas afectivas y conductuales en futuras experiencias dolorosa, desarrollándose una hiperalgesia crónica para el resto de su vida.

Está demostrado que el dolor causa distintos cambios fisiológicos pudiendo provocar diferentes morbilidades en recién nacidos. Se produce un aumento del catabolismo, del consumo de oxígeno, de la frecuencia cardíaca, de la tensión arterial, de la presión intracraneal, etc. También se conoce que la secreción endocrina de cortisol y catecolaminas, que determinan los signos objetivables de dolor, es igual en recién nacidos que en adultos (1)

No hemos querido ignorar estos aspectos anatómicos y fisiológicos dado que nos parecen muy importantes para entender el porqué es importante reducir las experiencias de dolor lo máximo posible desde el nacimiento.

Además, el dolor no viene solo y suele estar acompañado de diferentes emociones:

- Los niños sienten miedo a los procedimientos agresivos y desconocidos (punción venosa, inserción catéter, etc.)
- Es habitual que sientan ansiedad anticipatoria si han tenido experiencias previas con las mismas técnicas o similares, sobre todo si han sido malas.
- El pensamiento real o imaginario de que va a ser más doloroso o, incluso, que corre riesgo su vida.
- También son influyentes la educación que esté recibiendo y la influencia de los padres sobre el niño.
- El entorno, en este caso el servicio de urgencias, es un sitio desconocido para el niño y puede causarle miedo y desconfianza.

Todo ello influye en el niño tanto en su presente, en el que tenemos que dar respuesta a ese dolor teniendo en cuenta todas las dimensiones del niño, como en el futuro, que puede verse "salpicado" por dichas vivencias.

En el resultado vamos a ampliar el tema, desarrollando cómo vive el niño el dolor según su edad cronológica, procedimientos más habituales, métodos de evaluación del dolor en urgencias, escalas con sus principales características y tipos de medidas no farmacológicas para el control del dolor.

2 Objetivos

- Conocer las conductas de los niños frente al dolor según edades.
- Nombrar los principales procedimientos realizados más habitualmente en urgencias.
- Enumerar las principales escalas del dolor en niños.
- Describir el rol que tienen los padres en el control del dolor de sus hijos.
- Describir diferentes tipos de medidas no farmacológicas para el control del dolor durante la atención en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica haciendo una búsqueda sistemática en las principales bases de datos (google académico, scielo, CUIDEN, Pubmed) y en las páginas web de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) y de la Asociación Española de Pediatría (AEPED)

Palabras clave: control del dolor; medidas no farmacológicas; método madre canguro; piel con piel; plegado facilitado; tetanalgesia.

4 Resultados

Vivencia del dolor según la edad cronológica:

Según qué edad tenga el niño, la experiencia misma del dolor físico o del provocado por los procedimientos que se llevan a cabo en la atención sanitaria, se vive de una manera distinta pudiendo variar su comportamiento y actitud. Cronológicamente podríamos distinguir en distintos periodos:

- 1.- De 0 a 6 meses: el recién nacido que sufre dolor presenta movimientos descoordinados de extremidades, flexionando o aduciendo los mismos. Es importante fijarnos en la expresión facial del bebé y no confundirlas con otras, como hambre u otro malestar. No demuestran recelo ante otras personas.
- 2.- De 6 meses a 1 año: localizan la zona donde procede el estímulo del dolor. Mantienen una postura protectora y vigilante.
 - Hacen resistencia física ante procedimientos cruentos, llegando a anticiparse ya que recuerdan experiencias previas, no cooperan.
 - El dolor no disminuye si se les intenta distraer.
- 3.- De 1 a 2 años: el dolor y el malestar lo expresan a través del llanto, el cual es en voz muy alta, a gritos. Saben localizar con exactitud el dolor y presentan actitud de retirada si se les va a pinchar.

- Empiezan a hablar, uso de palabras y expresiones sencillas.
 - Actúan por imitación.
 - Usan símbolos (muñecos, dibujos, etc.)
 - Recuerdan experiencias previas.
 - Crean relaciones de confianza / desconfianza según la relación que tengan con esa persona.
 - Pueden llegar a identificar quién les está causando dolor, en caso de que le estén haciendo algún procedimiento.
 - No colaboran.
 - Los padres son esenciales para ellos, les dan seguridad.
 - El dolor o el recuerdo de experiencias previas del mismo influyen en su actitud.
- 4.- De 2 a 5 años: el niño indica dónde le duele, lo expresa con palabras de acuerdo a su edad.
- Todavía no saben cuantificar la intensidad del dolor.
 - Muestra miedo ante situaciones dolorosas.
 - Con explicaciones previas a una técnica, puede colaborar en las mismas.
 - Se distrae con más facilidad ante cualquier actividad con dicho fin.
 - No relaciona la medicación con alivio del dolor a no ser que se aplique directamente en la zona dolorida.
 - Se actúa mediante el juego.
 - Tiene más habilidades motrices y autonomía. Controlan esfínteres.
- 5.- De 5 a 7 años: pueden presentar rigidez generalizada, mandíbula apretada y extremidades contraídas.
- Puede describir el tipo, intensidad y sabe localizar el dolor.
 - Entiende las explicaciones previas al procedimiento.
 - Suelen ser muy curiosos y quieren experimentar de una manera activa, explorando y descubriendo por sí solo.
 - En caso de que se le corte su inquietud, puede presentar problemas de autoestima.
- 6.- A partir de 7 años: saben controlarse a sí mismos como para reaccionar comedidamente ante un estímulo doloroso. No son frecuentes la resistencia o la agresividad.
- Saben describir de manera concreta el tipo, localización e intensidad del dolor, identifican la razón del dolor.
 - Entienden conceptos abstractos, como espacio o tiempo y distinguen las cualidades del dolor (pinchazo, quemazón, escozor, etc.)
 - Pueden no expresar el dolor por miedo, exceso de autocontrol o timidez, poniendo excusas para ganar tiempo.

- Sienten menos miedo al entender las explicaciones de lo que ocurre, saben conformarse. Asumen las normas aunque no estén de acuerdo con ellas.
- Son más resistentes al dolor.
- Siguen necesitando juguetes u objetos con los que establecer relaciones, juegos, etc.

Procedimientos más habituales en urgencias pediátricas.

Serían los siguientes:

- Punción venosa para extracción de analíticas y gasometrías (arteriales y venosas)
- Canalización de vías venosas periféricas. En casos más urgentes, se precisaría vía intraósea. No serían tan habituales las canalizaciones de vías arteriales ni tampoco las vías centrales.
- Las reducciones mecánicas de fracturas.
- Las punciones lumbares.
- Las suturas de heridas
- Otras técnicas como sondaje vesical, punción vesical suprapúbica, sonda nasogástrica, extracción de cuerpos extraños.

Escalas del dolor.

Las escalas son instrumentos útiles para poder valorar la presencia de dolor, su intensidad y severidad. Como veremos, hay una amplia variedad de ellas aplicables a diferentes edades y que miden el dolor a través de parámetros que nos pueden indicar que el niño tiene dolor aunque no lo pueda expresar, como son los recién nacidos.

1.- Escalas objetivas: aconsejable aplicarlas a niños hasta los tres años de edad.

☒ Escala de observación FLACC (Face, legs, activity, cry, consolability)

☒ Pediatric Objective Pain Scale (MOPS):

☒ Observational Scale of Behavioral Distress (OSBD)

☒ Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale (CAMPIS y CAMPIS-R)

☒ Procedure Behavior Checklist

☒ Escala Cheops

☒ Escala Llanto

☒ Escala Cries

☒ Escala NIPS

☒ Escala Comfort

☒ Escala INRS (Individualized numeric rating scale)

☒ Escala NCCP-R (Non communicating children's pain checklist- revised)

2.- Escalas subjetivas: las dos primeras serían aplicables para niños de entre 3 a 7 años y las dos últimas a niños mayores de 7 años.

☒ Escala analógica visual (EAV)

☒ Escala de dibujos faciales: la escala facial de Wong Baker y la escala Oucher.

☒ Escalas verbales

☒ Escalas numéricas

Rol parental frente al dolor del niño.

Los padres son grandes protagonistas en el control del dolor del niño. De ellos parte la iniciativa de llevarlo al servicio de urgencias para que sea atendido y puede ocasionarles grandes niveles de ansiedad. Muchos de estos padres no saben cómo pueden colaborar para una mejor atención al menor y, por ello, es de vital importancia que sean informados por los profesionales y se les permita estar junto a sus hijos en el momento de la atención en urgencias.

Nos ha parecido adecuado exponer una lista de recomendaciones para ellos y, de este modo, poder controlar dicha ansiedad y saber cómo pueden colaborar:

- Escuchar activamente al niño, consolarle, mantener el contacto físico siempre que se pueda.
- No reírse de las expresiones de dolor del niño o quitarles importancia.
- No sobreproteger. Si es posible, mostrar autocontrol y tranquilidad.
- Reforzar positivamente al niño, premiarlo y cumplir con la promesa posteriormente. Evitar castigos, teniendo en cuenta que el niño no se encuentra en su mejor situación ni entorno habitual.
- No exagerar las reacciones de dolor para una atención más temprana.
- Llamar a las cosas por su nombre: el dolor es dolor, no daño.
- Durante los procedimientos que se le hagan al niño, intentar distraerlo si éste es susceptible a este tipo de medida. También se pueden aplicar otras medidas que veremos más adelante.
- Deben ser conscientes de la importancia del cerebro del niño y en cómo éste percibe el dolor. No se encuentra solo en el miembro afectado.
- Expresar abiertamente sus temores e inquietudes a los profesionales que atienden a sus hijos, aumentando el vínculo con ellos y la confianza.

De esta manera, los padres pueden ayudar a sus hijos a disminuir la ansiedad anticipatoria y convertirse ellos mismos en parte activa de la atención aumentando la sensación de control. La implicación en el proceso disminuye la ansiedad de los padres. Según uno de los artículos encontrados (4), el método de la distracción dirigida disminuye la ansiedad de la persona que acompaña al niño.

Tipos de medidas no farmacológicas

1.- Medidas ambientales: están dirigidas a favorecer la mejor ambientación para prevenir el dolor, la ansiedad o el estrés. En la unidad de urgencias deben existir protocolos para procedimientos, cómo y quién los debe hacer tanto en las

medidas farmacológicas como no farmacológicas. En el caso de que haya que realizarle más de un procedimiento, habría que intentar agruparlos u organizarlos de tal manera que interfieran lo mínimo posible al niño.

Hay que cuidar que el ambiente sea lo más agradable posible:

- Espacios bien iluminados, pero sin excesos en su intensidad. Evitar los focos directos al niño, siempre que sea posible.
- Espacios libres de ruidos.
- Temperatura agradable, evitar el exceso de aire acondicionado.
- Decoración con dibujos, posters, colores, etc
- Reducir el número de personas desconocidas para el niño.
- Dirigirnos y tocar al niño de manera suave y con movimientos lentos, para no asustarlo.
- Permitir la presencia de los padres, al menos de uno de ellos, siempre que estén preparados y el procedimiento lo permita. Hay que individualizar cada caso y tener en cuenta otros factores como características del niño y su proceso, particularidades de los padres y procedimiento que se le va a efectuar.

2.- Medidas de distracción: su objetivo es desviar la atención del niño del procedimiento que se le va a efectuar. Por si solos no han demostrado tener efectos analgésicos pero ayudan a relajar al niño, reduciendo la ansiedad, el estrés y la sensación dolorosa. Existen diferentes métodos que habrá que valorar cuál aplicar en función de la edad, el desarrollo y el nivel de comprensión del niño.

- Cuentos: pueden ser conocidos o inventados. Hay que dejar que el niño participe en su narración para que aumente la concentración en el mismo.
- Imaginación guiada: ayudarle a crear imágenes mentales que le resulten positivas, ya sean reales o fantásticas y le hagan abstraerse de la situación.
- Juegos: hay diversidad de ellos aunque tienen que ser compatibles con el procedimiento que se le está haciendo. Podrían ser: veo veo, contar números u objetos de alrededor, hinchar un globo o un guante, pintarlos, hacer burbujas de jabón, darle jeringas, algún muñeco, visualización de tarjetas Flippits, etc
- Relajación: con el objetivo de apaciguar el estado de alerta general. Una vez que el niño aprende a relajarse, puede anticiparse a situaciones más estresantes. La relajación junto con la imaginación y la distracción mejoran la capacidad de afrontamiento. Es muy importante enseñarles a controlar la respiración, haciéndoles de guía e ir indicándoles qué tienen que hacer, que se imaginen que mientras cogen aire hinchaban y viceversa.
- Contracción muscular y relajación: también llamada técnica de Jacobson. Tiene como objetivo conseguir una relajación generalizada y controlar la ansiedad y el miedo. El proceso transcurre así:

- Tensar un grupo de músculos (de la cara a los pies) todo lo que se pueda durante cinco segundos
- Concentrar la atención en la sensación de tensión.
- Relajar esos músculos.
- Dirigir la atención hacia la sensación agradable de relajar los músculos.
- Hacer igual con todo el cuerpo. Invitar al niño a mantener esa sensación o a volver a ella siempre que se sienta nervioso.
- Música: tiene múltiples beneficios a nivel orgánico: regula la frecuencia cardíaca, ayuda a que los parámetros fisiológicos vuelvan a valores normales tras el procedimiento, disminuye la ansiedad y excitación. Es más efectiva si se usa junto con otras medidas, como la relajación o la imaginación guiada.
- Estimulación competitiva: se trata de dar suaves golpes, vibraciones o roces antes de hacer el procedimiento en la extremidad en la que se le va a practicar el mismo o en la extremidad contralateral durante la realización de éste.

Existen ya instrumentos con este fin. Uno de ellos es Buzzy, el cual tiene forma de abeja, su cuerpo y se combina con el efecto del frío de las alas de gel (se meten en el congelador), también dispone de una ranura en la que colocar dibujos para potenciar la distracción. Hay que colocarlo 2-5 cm en la zona proximal a la punción y es preciso ponerlo mínimo 15 segundos antes a la realización del procedimiento (punciones capilares, vías endovenosas y venopunciones) Para otro tipo de técnicas (inyecciones intramusculares, subcutáneas e intradérmicas) serían necesarios 30 segundos.

3.- Medidas de posicionamiento: con el fin de que el niño se encuentre lo más cómodo posible a través de posturas cómodas, siempre que no esté contraindicadas por el propio procedimiento. Es preciso evitar las sujeciones de extremidades. Están más indicadas en recién nacidos ya que les proporcionan confort y estabilidad.

☒ Plegamiento facilitado: se debe mantener al niño en posición de flexión con los brazos y piernas hacia la línea media y próximos al tronco, desde tres minutos antes del comienzo de la técnica y mantenerlo otros 3 minutos después de la misma. Es una postura de autorregulación con la que se consigue mayor estabilidad fisiológica con una disminución de la frecuencia cardíaca durante el procedimiento y una recuperación más rápida de la misma, disminución del llanto y de la expresión facial de dolor, sin influir en la saturación de oxígeno. Es más efectivo si se combina con otras técnicas, como succión, agarre, etc.

☒ Envolver al bebé: consiste en envolver al bebé en una sábana antes y durante el procedimiento. Es útil para control del dolor, ayuda a la relajación y disminuye la ansiedad y la frecuencia cardíaca. La técnica de Swaddling es una de las más

utilizadas.

4.- Medidas táctiles: más dirigidos a neonatos y niños de corta edad. o Contacto piel con piel: se trata de colocar al bebé sobre el torso de su madre o padre, ambas pieles en contacto. La estimulación es completa ya que implica a todos los sentidos: táctil, olfatorio, oral y gustativa, si va acompañada de lactancia; visual, ya que se coloca la cabeza dirigida hacia la del progenitor y auditiva, ya que escuchan los latidos de éstos. Son antinociceptivos ya que actúan por distintas vías neuronales y potencian sus efectos analgésicos mutuamente.

Habría que colocar al bebé por lo menos 15 minutos antes del procedimiento para permitir su adaptación y ayudar a la relajación y debe prolongarse al acabarlo para permitir que vuelva a su estado basal. Se ha demostrado en diversos estudios la disminución del llanto y de las muecas faciales y menor incremento de la frecuencia cardíaca. o Masaje: se debe realizar con movimientos suaves, repetitivos y rítmicos. Iría dirigido a niños de más edad. Disminuye el dolor y la ansiedad, calmando y atenuando el llanto durante y tras la técnica.

5.- Medidas orales y gustativas:

- Amamantamiento o lactancia materna: se considera la más efectiva dentro de este grupo. Contiene en sí otras medidas no farmacológicas, como son: contacto piel con piel, contención, succión y distracción. Se produce una inducción hormonal debido a la liberación de opiodes endógenos. Es más efectiva si se realiza al pecho que con biberón.

Hay que poner al bebé a mamar 5 minutos antes del comienzo del procedimiento, de tal modo que el llanto y el tiempo del mismo dure menos, haya menos cambios en la frecuencia cardíaca y mejorías en medidas de dolor. Es una medida eficaz, sin coste, tiene buena aceptación y no tiene efectos secundarios.

- Succión no nutritiva: consiste en el chupeteo, muy propio del bebé que permite la autorregulación. Lo pueden hacer a través de un chupete o tetina, antes, durante y después de realizar el procedimiento. Disminuye el tiempo de llanto y las puntuaciones en las escalas del dolor.

- Sacarosa (al 24%) : su administración sería por vía oral ya que se absorbe a nivel de mucosa, es más efectivo si va acompañado de succión con tetina o chupete. La dosis sería entre 0.5 y 2 ml, administrados 2 minutos antes del comienzo del procedimiento, repitiendo cada 2 minutos durante el mismo y 1-2 minutos tras su finalización.

Reduce moderadamente el dolor, el llanto, la frecuencia cardíaca, las muecas y los cambios en la saturación de oxígeno, además no altera los niveles de glucemia. No sería efectivo por sonda nasogástrica. Estaría contraindicado en los casos de prematuros de menos de 27 semanas y, en casos de intolerancia a la sacarosa,

estaría indicada la glucosa.

5 Discusión-Conclusión

El dolor es una experiencia desagradable tanto si es producido por una enfermedad como por un procedimiento. Durante la infancia, al dolor se le añade sentimientos de ansiedad y miedo en un entorno desconocido para ellos, lleno de personas extrañas, los cuales el niño puede ver como una amenaza. También se ve influenciado por experiencias anteriores que aumenten dicha ansiedad.

Los profesionales que trabajan en urgencias deben poner todos los medios a su alcance para que dicha experiencia sea lo menos traumática posible, mediante el desarrollo de protocolos y técnicas que tengan en cuenta todas las esferas de la persona. La humanización de los cuidados cobra especial importancia.

Es importante controlar el dolor no sólo con medicación sino con métodos no farmacológicos, que ayuden al niño a vivir la experiencia de una manera menos traumática, haciéndole sentir más cómodo, entretenido y respaldado tanto por sus padres como por los profesionales que le atienden.

6 Bibliografía

1. Guía para el manejo del dolor en pequeños procedimientos en pediatría Dirigida a profesionales Mejora del bienestar emocional en pediatría: 0-18 años [Internet]. Fadq.org. [citado el 25 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/11/04_Guia-manejo-dolor-Proc-ped.pdf
2. Guerrero Márquez G, Concepción M, Navarro M. Manejo del dolor en urgencias pediátricas [Internet]. Seup.org. [citado el 25 de junio de 2022]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/28_Dolor_urgencia.pdf
3. Solano MR, Solano LR. TRATAMIENTO DEL DOLOR Y ANALGESIA NO FARMACOLOGICA EN LAS URGENCIAS DE PEDIATRIA. Revista Infancia y Salud [Internet]. 2021 [citado el 25 de junio de 2022];3(1):7-7. Disponible en: <http://rinsad.uca.es/ojs3/index.php/rinsad/article/view/47>
4. García-Aracil N, Ramos-Pichardo JD, Castejón-de la Encina ME, José-Alcaide L, Juliá-Sanchís R, Sanjuan-Quiles Á. Efectividad de medidas no farmacológicas para la disminución del dolor y el miedo en niños durante la venopunción en urgencias: dispositivos de vibración más frío frente a distracción. Emergencias (Sant Vicenç dels Horts) [Internet]. 2018 [citado el 25 de junio de 2022];182-5. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-172959>

5. Medicos P. Lactancia materna como método de alivio del dolor en el neonato. Revisión [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2020 [citado el 25 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/lactancia-materna-como-metodo-de-alivio-del-dolor-en-el-neonato-revision/>
6. Protocolo 07: Analgesia y sedación para pediatras internistas. Procedimientos de sedo-analgesia [Internet]. SEPIH. Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria - SEPIH; 2021 [citado el 25 de junio de 2022]. Disponible en: <https://sepih.es/protocolos-sepih/protocolo-07-analgesia-y-sedacion-para-pediatras-internistas-procedimientos-de-sedo-analgesia/>
7. Concepción M, Navarro M. Protocolo de sedoanalgesia en urgencias pediátricas [Internet]. Seup.org. [citado el 25 de junio de 2022]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/27_Psedoanalgesia.pdf
8. Buila RDB, Garcés PCO, Tazueco EV, Burugorría AJ, del Mar Cuartero Funes M. Sedoanalgesia para pequeños procedimientos en pediatría. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado el 25 de junio de 2022];2(10):235. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8163736>

Capítulo 44

LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UVI MÓVIL

THALÍA TORRUBIA FRÍAS

1 Introducción

Uvi móvil, es el término comúnmente utilizado en España para describir las ambulancias de soporte vital avanzado. Se utilizan para controlar pacientes con alto riesgo de padecer afecciones médicas graves y potencialmente mortales. Otros nombres utilizados para designar este tipo de recurso son: Unidad Móvil de Urgencias, Unidad de Reanimación Avanzada o Ambulancia Médica.

El Real Decreto 619/19983, por el que se establecen los requisitos mínimos que deben cumplir las ambulancias a nivel nacional, se refiere a este tipo de ambulancia como ambulancia auxiliar destinada al soporte vital avanzado.

Las Normas Médico-Técnicas para la Atención de Pacientes en Transporte Terrestre clasifican las ambulancias en zonas urbanas y rurales, según el lugar donde se presten los servicios. Según su equipamiento y el tipo de atención que brinden, existen ambulancias de primera, segunda y tercera clase.

En pocas palabras, se puede decir que hay dos partes principales: una ambulancia asistencial y una ambulancia no asistencial. Dentro de cada categoría, encontramos dos subcategorías de ambulancias. A1 y A2 para ambulancia sin asistencia y B y C para ambulancia asistida.

Debe de llevar un cinturón de seguridad adicional para llevar una camilla extra. Para asientos adicionales para el personal, hay cinturones de seguridad y protección para la cabeza y la espalda.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo o proyecto de investigación es saber cuáles son las funciones del personal de enfermería en la UVI móvil.

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 decreto mencionado anteriormente debe ser propiedad de los dispositivos:

Configuración de oxígeno fijo

Máscara mecánica

Ventilador de mano

Equipo de succión eléctrica

Endoscopia de garganta y tubo de endoscopia

Ventilación

Ventalización del equipo fundador

Casos de recuperación para adultos y niños

Monitoreo de deformación (12 derivados)

Materiales de verduras y agujeros

Sphigmomany, teléfono, lámpara manual

Materiales instalados (cadenas, MIII inamovible, MMSS y columnas)

Documento quirúrgico

Tratamiento o tratamiento

Equipo de proyecto y drenaje refrigerador

Medicamentos: analgésicos (incluidos derivados de opioides), anestesia tópica, calcio, anti -opioides (Naluxon), anti -antibióticos, antibióticos.

Además de los niveles mínimos creados por el decreto, cada región y cada servicio pueden agregar lo que cree que es necesario.

Médico de urgencias (opcional si la asistencia no es requerida por el RD 836/2012)
enfermera de emergencia

Conductor / Técnico en Emergencias Sanitarias (TES)

En la mayoría de las regiones, la plantilla está compuesta por cuatro (4) miembros, en lugar del mínimo de dos miembros por decreto real. En estos casos, se agregará un segundo TES y un médico a los integrantes antes mencionados.

Algunas de las funciones que puede realizar el enfermero o enfermera en la UVI móvil pueden ser:

Así encontramos trabajos en la vertiente asistencial, donde cabe destacar que nos encargamos de aplicar todo tipo de cuidados de enfermería de urgencia y urgencia de alta calidad tras evaluar al paciente, manteniéndolo informado en todo momento, y adaptándonos a sus necesidades específicas. , que incluye tratamientos, mitigación conocida, efectos secundarios, preservación, técnica, cuidado y, sobre todo, reevaluación constante. A esto se suma una función administrativa donde tenemos que registrar todo lo que se ha evaluado y realizado durante la intervención en el dispositivo que tenemos, que se llama tablet.

5 Discusión-Conclusión

Son servicios destinados a aceptar, estabilizar y cuidar a pacientes que requieren atención médica inmediata, poniendo en peligro la vida humana o la función de órganos; Están ubicados en clínicas regionales, hospitales regionales y hospitales especializados.

Significa el traslado de un paciente de una institución para examen y tratamiento médico a otra institución médica para examen y tratamiento o al domicilio del paciente en base a una indicación médica.

El personal de enfermería, tiene gran importancia debido a que desempeña una serie de funciones para ayudar a los pacientes que vayan en el interior de la UVI móvil, para lograr salvarles la vida.

6 Bibliografía

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

Capítulo 45

USO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN SITUACIONES DE URGENCIA VITAL

BELÉN PALOMO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La vía intraósea es definida como una forma de punción a través del hueso en la médula ósea para facilitarnos la administrar líquidos, fármacos, derivados sanguíneos e incluso extracción de muestras sanguínea 1. Su descubrimiento se remonta al año 1922 donde Doan y Drinker describen anatómicamente la médula ósea, su importancia en la perfusión de líquidos en animales y la determinación dicha vía como “vena no colapsable”2. Posteriormente, su uso se generaliza a humanos obteniendo su máximo desarrollo con James Orlowski quien recomienda esta vía para situaciones críticas como el primer procedimiento para administrar fármacos por vía si no es posible la intravenosa 3.

En la Guía de 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) se recomienda el uso de la vía intraósea cuando existe dificultad en la canalización de la vía venosa periférica o tras tres intentos ineficaces de canalización venosa. Aunque la administración de fármacos por esta vía durante años se ha limitado a población pediátrica, desde el 2000, se ha incrementado su evidencia en pacientes críticos adultos en el medio extrahospitalario. De hecho, según los resultados del Resuscitation Outcomes Consortium la prevalencia en el uso de la vía intraósea era del 21,9% en los pacientes incluidos en dicho estudio 4.

Sus numerosas ventajas permiten que sea la segunda vía de elección cuando no se pueda canalizar una venosa periférica especialmente en situaciones de urgencia vital. Aun así, los propios profesionales sanitarios reconocen la falta de conocimiento tanto para su uso como manejo. De hecho, en un estudio realizado

a enfermeras que formaban parte de los servicios de UCI y Urgencias en la provincia de Jerez un 73.91 % de las enfermeras reconocieron un conocimiento deficiente o malo sobre esta vía. Aun así, la mayoría del personal estaba receptivo para profundizar y mejorar su formación 5.

2 Objetivos

- Describir las indicaciones y contraindicaciones del uso de la vía intraósea
- Conocer las zonas anatómicas de elección, diferentes tipos de dispositivos de punción intraósea y técnica de inserción.

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 Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) desde el año 2000, incluyen en sus recomendaciones el uso de esta vía para los casos de parada cardiorrespiratoria, shock, convulsiones intratables, y otros tipos de emergencias. Su uso se extiende a todos los grupos de edad y no sólo en población pediátrica como sucedía en años anteriores. Principalmente sus indicaciones son las siguientes⁶:

- Imposibilidad de obtener acceso venoso por colapso circulatorio, bien sea de origen médico o traumático.
- Pacientes muy graves y tras 90 segundos o 2-3 intentos intentando obtener vía venosa.
- Grandes quemados
- Pacientes en estado de shock que precisen reanimación cardiopulmonar (RCP)
- Edemas severos
- Recién nacidos en asistolia
- Vía de elección segura en niños de 0 a 6 años, que puede ser recomendable hasta niños de 12 años.

-Politraumatizados graves

-Hipovolemia

La rica red de capilares sinusoides de la cavidad medular de los huesos largos que drenan a un gran seno venoso central (no colapsable ni tan siquiera en situación de parada cardiorrespiratoria (PCR)) permite que tanto los fármacos como los fluidos pasen a la circulación general con una rapidez similar a una vía periférica. Por tanto, la administración de fluidos y medicamentos será igual que por vía venosa (misma dosis y ritmo) aunque es recomendable evitar soluciones muy hipertónicas o alcalinas⁷. Se tendrá en cuenta que antes de infundir cualquier medicación o fluido se administrará un bolo de suero salino con el objetivo de abrir el espacio intraóseo y conseguir un flujo adecuado. Asimismo, tras la administración de medicamentos en bolo debe ser seguido un bolo de suero fisiológico para garantizar su llegada a la circulación sistémica.

Como norma general, para evitar complicaciones como osteomielitis, síndrome compartimental el acceso debe ser retirado antes de las 24 horas y cambiarlo por uno periférico o central, según requiera la situación⁸.

Las contraindicaciones de esta vía pueden resumirse en las siguientes¹

Relativas:

-Osteoporosis y osteogénesis imperfecta.

-Tumores óseos

-Celulitis

-Osteomielitis

-Cirugías previas en el hueso diana

-Quemaduras en el lugar de punción

Absolutas:

-Fractura o traumatismo del hueso donde se puncione.

-Hueso en el que se ha intentado una vía intraósea previamente

-Huesos de las extremidades inferiores en los pacientes con traumatismo abdominal grave.

Las zonas anatómicas de punción son diversas y por ello resulta esencial que los profesionales especialmente de enfermería sepan reconocer las referencias óseas. Con el crecimiento, la médula ósea roja vascular cambia a médula amarilla menos vascularizada, siendo infiltrada por células grasas. Motivo por el que lugares propicios para ésta técnica en niños desaparezcan en la adultez⁶.

Neonatos y niños menores de 6 años⁹ :

-Tibia proximal en la línea media cara anterointerna tibial a unos 1-3 cm de la tuberosidad tibial a unos 90 °.

-Fémur distal a 2-3 cm del cóndilo externo

-Cresta iliaca, trocánter mayor, tibia distal

Adultos y niños mayores de 6 años:

-Tibia distal a nivel del maléolo interno. La aguja debe tener una inclinación con dirección cefálica.

-Cresta ilíaca: en la cara inferior de la espina ilíaca. El paciente deberá colocarse en decúbito lateral.

-Esternón: a nivel del 2-3º espacio intercostal, la aguja se introducirá a un centímetro de la línea media del esternón. Contraindicación: en el caso de que el paciente requiera masaje cardíaco.

-Cúbito distal y radio

Actualmente contamos con diferentes dispositivos atendiendo a la modalidad de inserción¹⁰:

Colocación manual:

-Agujas tipo COOK®: constituida por una base, un catéter de acero o poliuretano, un trocar metálico extraíble, y unas aletas de sujeción.

-FAST1® (First Access for Shock and Trauma): permite mayor velocidad de infusión, pero interfiere con las maniobras de reanimación. Se utiliza principalmente en entorno militar. Se coloca en la parte superior del esternón.

Colocación por disparo:

-B.I.G® (Bone Injection One): formado por un pasador de seguridad, un muelle y un gatillo, que, al pulsarlo, dispara el catéter con la fuerza suficiente para atravesar las estructuras óseas. Se puede seleccionar la profundidad deseada. Respecto a los anteriores presenta la ventaja de su rapidez de colocación.

Colocación mediante taladro:

-Dispositivo EZ-IO®: dispositivo portátil, similar a un taladro. Permite introducir el catéter en la médula ósea de una forma más rápida y menos traumática.

A pesar de que la inserción de los diferentes dispositivos tiene sus peculiaridades todos presentan una parte común. A continuación, se detalla⁶:

1. Seleccionar y localizar el punto de inserción a través de las referencias óseas. Si el paciente está consciente habrá que anestesiarse previamente la zona con 1-2 ml de lidocaína 1-2 %.

2. Lavado de manos

3. Limpieza de la piel con solución antiséptica

4. Colocación de guantes estériles

5. Aspirar con la jeringa de 10 ml y comprobar la extracción de médula ósea. Este material no debe desecharse ya que es útil para análisis de gases sanguíneos, cultivos, etc. (2,4).

6. Fijación del catéter al miembro mediante un paquete de gasas y esparadrapo.

7. Inyección de 10 ml de solución fisiológica y evaluación permeabilidad de la vía. Conexión al sistema de perfusión con alargadera y llave de tres vías, fijando el sistema a la piel.
8. Retirar el acceso vascular intraóseo en cuanto logremos un acceso intravenoso seguro

5 Discusión-Conclusión

La vía intraósea es una técnica que presenta numerosas ventajas en situaciones de urgencia vital, siendo una alternativa de elección a la vía periférica inaccesible. A pesar de ser una técnica sencilla de rápida colocación y con mínimas complicaciones asociadas sigue siendo la gran infrautilizada por los profesionales de enfermería.

La supervivencia del paciente crítico dependerá en parte de nuestra formación e instrucción en este acceso. Por ello, sería muy beneficioso que el personal sanitario (sobre todo enfermería), se entrenará en el uso de dicha técnica, profundizará en su conocimiento y en definitiva, se normalizara una técnica que pueda aportar grandes ventajas.

6 Bibliografía

1. Vía intraósea: principios básicos y cuidados - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. [cited 2022 Apr 4]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/via-intraosea-principios-basicos-y-cuidados/>
2. Drinker CK, Drinker KR, Lund CC. THE CIRCULATION IN THE MAMMALIAN BONE-MARROW. <https://doi.org/10.1152/ajplegacy.1922.62.1.1> [Internet]. 1922 Sep 1 [cited 2022 Apr 4];62(1):1-92. Available from: <https://journals.physiology.org/doi/abs/10.1152/ajplegacy.1922.62.1.1>
3. Vía intraósea como alternativa al acceso intravenoso. [Internet]. [cited 2022 Apr 4]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/via-intraosea-como-alternativa-al-acceso-intravenoso/>
4. Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. [cited 2022 Apr 4]. Available from: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/va-intrasea-en-adultos-en-situacin-de-parada-cardiaca-revisin-sistemtica-y-metanlisis/>
5. Com volumen RP, 12 I, Vallejo R, Paz D La, Peinado Valeriano Á, De J, et al. Páginasenferurg.com_no13. [cited 2022 Apr 5]; Available from: www.enferurg.com

com

6. Burgos M, Simarro M, Pérez T, FREMAP Ciudad Jardín D, C C U Móviles Distrito DD, en Derecho Sevilla L. Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. *Enfermería Glob* [Internet]. 2011 Oct [cited 2022 Apr 5];10(24):0–0. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Técnica de Administración parenteral de medicamentos: Vía intraósea [Internet]. [cited 2022 Apr 5]. Available from: <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/administracion-parenteral-medicamentos-via-intraosea/>
8. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria : Nuberos Científica : Vía intraósea, alternativa a la vía periférica [Internet]. [cited 2022 Apr 5]. Available from: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/1/3>
9. Vía intraósea: principios básicos y cuidados - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. [cited 2022 Apr 6]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/via-intraosea-principios-basicos-y-cuidados/>
10. Comparación de la vía intraósea e intravenosa en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. ¿Debería la enfermería de emergencias considerar la vía intraósea como primera opción en los pacientes adultos? - Dialnet [Internet]. [cited 2022 Apr 11]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8043534>

Capítulo 46

ENFERMERÍA Y MIOCARDIOPATÍA DILATADA FAMILIAR

MARIA TERESA LEDESMA HERANCE

MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

SILVIA PARADA QUIÑONES

LAURA LOPEZ MUÑOZ

1 Introducción

La investigación ha demostrado que la miocardiopatía dilatada puede estar relacionada con una predisposición genética. Cada persona posee su propia información genética que nos hace diferentes. Toda la información genética sobre un individuo se halla en una molécula de ADN (ácido desoxirribonucleico). La información genética almacenada está constituida por un sistema de codificación de proteínas, que le transmite a todas las células de nuestro cuerpo la función que deben desempeñar. Si hay un error en uno de estos códigos, las células realizarán algo diferente o no se desarrollarán como deben. Estos errores se conocen como alteraciones genéticas.

Los científicos han identificado algunas alteraciones genéticas que conocemos que afectan al desarrollo del músculo del corazón, y que pueden producir miocardiopatía dilatada.

Presentamos un caso de una mujer de 31 años de edad con Miocardiopatía Dilatada (MCD).

La Miocardiopatía Dilatada se caracteriza por un aumento del volumen de los ventrículos, principalmente el ventrículo izquierdo, asociado al adelgazamiento de la pared y el deterioro de la función sistólica, lo cual disminuye la capacidad de bombear sangre eficazmente. Alrededor de un 20-50% de los casos de Miocardiopatía Dilatada tienen un origen genético. Por ello, la importancia de recurrir al estudio genético como herramienta para el diagnóstico precoz.

2 Objetivos

Analizar e indicar la importancia del diagnóstico precoz de la miocardiopatía dilatada familiar hereditaria por parte del equipo de médicos y enfermeras

3 Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer de 31 años de edad, enfermera de un hospital comarcal, sin alergias medicamentosas, alimentarias o ambientales conocidas, niega hábitos tóxicos. Intervenida de apendicitis y de amigdalectomía en la infancia. No hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) ni dislipemias (DL). Antes deportista, ahora no hace deporte por mala tolerancia al ejercicio.

Actualmente a seguimiento por el servicio de cardiología de su hospital de referencia por clínica de mareos, síncope de repetición y disnea de moderados esfuerzos. Tras ecocardiograma se constata la presencia de una miocardiopatía dilatada con un compromiso leve de la función del ventrículo izquierdo (VI), por tal motivo es derivada al área de cardiología genética para completar estudios.

Antecedentes familiares: Madre con atenolol desde los 30 años por taquicardia sinusal y palpitaciones (no aporta más estudios). Abuelo materno con Insuficiencia Cardíaca y Edema Agudo de Pulmón a los 60 años de edad (no isquémico).

Abuela materna con problemas cardiológicos.

Sin otras enfermedades ni tratamientos previos de interés.

Entre los estudios realizados se encuentran:

-Radiografía (Rx) Tórax: normal.

-Electrocardiograma (ECG): Extrasistolia Ventricular Frecuente.

-Holter: Ritmo sinusal normal. Extrasistolia Ventricular Politópica Frecuente.

-Ecocardiografía transtorácica bidimensional (ETT): Ventrículo Izquierdo levemente dilatado y función sistólica global ligeramente deprimida. Patrón di-

astólico de mala relajación, en parte por la Frecuencia Cardíaca y delimitada por arritmia.

-RMN: El Ventrículo Izquierdo se encuentra ligeramente dilatado con fracción de eyección (FE) 49% sin zonas de realce. Resto del estudio normal.

Se recomienda seguimiento por la unidad de arritmias y se realiza estudio genético para la identificación de un posible resultado positivo.

Se analizó un panel de 194 genes asociados a Enfermedades Cardiovasculares mediante Next-Generation Sequencing (NGS), entre las cuales se encuentra la Miocardiopatía Dilatada, en un equipo Ion Torrent.

Dicha paciente resultó tener un patrón de herencia autosómico dominante, y por lo tanto, la probabilidad de heredar la variante causal de la enfermedad es de un 50%.

4 Discusión-Conclusión

Los objetivos principales del diagnóstico precoz de la miocardiopatía dilatada a través de un estudio genético (entre otros: Resonancia nuclear magnética (RNM), ECO-Doppler, ventriculografía, coronariografía, etc.) son dirigidos a una atención precoz y, así, evitar o enlentecer la progresión de la enfermedad y sus probables complicaciones.

Conocer la importancia de los estudios genéticos visto que las miocardiopatías hereditarias son una causa importante de muerte súbita cardíaca. Estos pacientes con frecuencia son asintomáticos y el diagnóstico precoz es importante. Esto puede facilitar las estrategias preventivas, determinar el tratamiento adecuado y prolongar la vida.

Es conveniente que, un cardiólogo junto con el médico de atención primaria, pueden efectuar el seguimiento de los pacientes con un resultado positivo.

Los estudios genéticos pueden ser útiles en pacientes con Miocardiopatía Dilatada también para el despistaje de otros familiares directos, incluso en aquellos que aún no hayan desarrollado síntomas.

Aquellos que tienen una mutación causante de enfermedad serán controlados anualmente, según los resultados de la evaluación clínica.

5 Bibliografía

1. <https://www.scielo.org/es/>
2. <https://medlineplus.gov/spanish>

Capítulo 47

ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON ANEMIA DE BLACKFAN DIAMOND

MARIA TERESA LEDESMA HERANCE

MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

SILVIA PARADA QUIÑONES

LAURA LOPEZ MUÑOZ

1 Introducción

La anemia de Blackfan Diamond, también conocida como aplasia pura de la serie roja, anemia eritrocitaria congénita o síndrome de Aase Smith II, es una enfermedad rara de la sangre caracterizada por hipoplasia congénita y de causa desconocida.

La enfermedad se caracteriza por una deficiencia genética en la formación de células eritropoyéticas madre, seguramente debido a un defecto en los receptores para eritropoyetina en la células madre eritropoyéticas, o a una ausencia en la médula ósea de los factores BFU y CFU (factores estimulantes de crecimiento y proliferación).

La anemia de Blackfan Diamond puede ser de carácter hereditario o adquirido asociado a enfermedad del colágeno, algunas enfermedades víricas, diferentes neoplasias y algunos medicamentos. Se trata de una eritroblastopenia congénita de origen autosómico recesivo dominante o esporádico.

La primera descripción de la enfermedad la hizo Joseps en 1936 y dos años más después Blackfan y Diamond relataron cuatro casos más.

La anemia se diagnostica por lo común, durante los primeros meses de vida; en un 15% se detecta al nacer y el 75% aparece antes de los cuatro meses de vida, y solo esporádicamente se diagnostica más allá del año de vida.

Aproximadamente en un 25% de los casos se han descrito anomalías asociadas, sobre todo esqueléticas y menos frecuentes renales y cardíacas. Es muy infrecuente la presencia de anomalías cromosómicas.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Identificar las causas y los síntomas con los que cursa dicha enfermedad.

Objetivos secundarios.

- Describir las alteraciones que se pueden asociar a la enfermedad con el fin de facilitar el diagnóstico.

- Exponer las distintas opciones terapéuticas.

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 anemia de Blackfan Diamond se detecta pronto en la vida, generalmente aparece a los tres meses de edad con anemia grave sin reticulocitosis. Es muy improbable el diagnóstico después de los cuatro meses.

La anemia inicial es normocrómica y normocítica, pero se acaba haciendo macrocítica y están aumentados los niveles de eritropoyetina. Las plaquetas, así como la serie blanca es normal.

El paciente muestra síntomas típicos de anemia como letargia, insuficiencia cardíaca, palidez e irritabilidad.

Los primeros síntomas de alarma son disnea y palidez sobre todo durante la alimentación o lactancia. La palidez es aislada, sin signos sugestivos de hemólisis o participación de otras líneas celulares hematopoyéticas. Casi la mitad presentan anomalías congénitas, siendo más frecuentes las craneofaciales, anomalías en pulgares y urogenitales, así como baja estatura. La enfermedad se acompaña de dismorfismos faciales con macroglosia, fontanelas aumentadas de tamaño con micro o macrocefálea. Pueden aparecer alteraciones oculares como glaucoma o cataratas, alteraciones en las extremidades superiores como ausencia de pulgares o dedos supernumerarios.

De forma más esporádica puede haber alteraciones renales como riñón en herradura, agenesia o aplasia de riñón.

Puede haber otras alteraciones, como acortamiento del cuello debido a la fusión de vértebras en columna cervical, retraso en el crecimiento, omóplatos o escápulas prominentes, defectos congénitos del corazón y es frecuente que se asocien leucemias y diabetes.

El diagnóstico de sospecha es clínico, y el de confirmación se basa en el hemograma alterado, así como, una historia familiar (10%-20% de los casos) y malformaciones congénitas. La detección de la mutación causante de la enfermedad es de valor diagnóstico.

En cuanto al tratamiento, los dos enfoques terapéuticos se centran en las transfusiones de forma general y corticoterapia a largo plazo. El tratamiento será individualizado y no se da corticoides durante el primer año de vida.

5 Discusión-Conclusión

El pronóstico de esta enfermedad suele ser bueno, con una esperanza de vida de 30 años aunque esta puede verse reducida por un aumento en la incidencia de cáncer y por complicaciones asociadas.

Son muy importantes los cuidados de enfermería en esta enfermedad, ya que la baja estatura y las complicaciones que surgen del tratamiento con esteroides, hace que estos pacientes sean frágiles.

Son importantes los cuidados recibidos ya que de ello dependerá la calidad de vida (que se ve alterada con las transfusiones generalizadas) y como el paciente responda al tratamiento.

Se ha comprobado, que con una buena educación sanitaria e información correcta, se reducirá la ansiedad y el estrés que esta enfermedad pueda generar.

6 Bibliografía

1. Galbart D. Diamond-Blackfan anemia and nutritional deficiency induced anemia in children 2014;27(4):36-44.
2. Ellis Sr. Nucleolar Stress in Diamond Blackfan anemia pathophysiology. Biochim biophys acta 2014;1842(6):765-8.
3. Ball S. Diamond-Blackfan anemia. Hematology and Soc Hamatol Edul program 2011;2011:487-91.

Capítulo 48

ENFERMERÍA ANTE FÍSTULA VÉSICUTERINA OBJETIVADA EN PACIENTE DURANTE PUERPERIO

MARIA TERESA LEDESMA HERANCE

MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

SILVIA PARADA QUIÑONES

LAURA LOPEZ MUÑOZ

1 Introducción

La presencia de fistulas urogenitales femeninas se definen como la comunicación anormal entre el tracto urológico (vejiga, uretra o uréteres) con el tracto genital femenino (vagina, cérvix uterino o cavidad uterina). La causa de estos trayectos y su incidencia varía mucho, debido a la dependencia con respecto al nivel de desarrollo socio-económico y sanitario de cada país; en países desarrollados como los

Estados Unidos la incidencia de estos es muy baja y con aparición de casos muy infrecuentes, en caso de su aparición existe un antecedente de cirugía ginecológica y como otra causa pero de menor probabilidad la lesión obstétrica, patología de envergadura ginecológica que dentro de sus complicaciones abarque el desarrollo de estos trayectos (oncología o endometriosis grado IV) o tratamiento adyuvante oncológico como la radioterapia.

Por el contrario, en los países en desarrollo, las fístulas urogenitales suelen ser asociadas a un trabajo de parto complicado (períodos expulsivos prolongados o traumáticos con lesión de vísceras blandas o compromisos de tractos urinario o digestivo). Con esta misma idea, la resolución de este cuadro también depende de la situación económica y sanitaria de cada país, los pacientes con manejados en países desarrollados no suelen tener secuelas de la intervención quirúrgica, en las pacientes que se manejan en países en vías de desarrollo se ha descrito persistencia de incontinencia urinaria por persistencia de los tractos fistulosos o efecto directo sobre la actividad anormal del detrusor; también se han descrito casos por problemas de resolución quirúrgica en cuanto a estenosis vaginales y fibrosis de la pared vesical dejando secuelas funcionales o presencia de algias pélvicas de difícil manejo postoperatorio.

En países como los Estados Unidos la incidencia de menos del 1% después de intervenciones quirúrgicas ginecológicas y pueden llegar a aumentar hasta un 10% dependiendo del grado de complejidad de la intervención. No se ha descrito aumento o variabilidad de incidencia en comparativa a la técnica empleada. En El

Reino Unido independiente de la forma de cirugía ginecológica o el tipo de intervención no aumenta del 5% independiente de la complejidad de la complejidad de la intervención.

Este porcentaje de incidencia aumenta no solo por la técnica, como se ha descrito la complejidad de la intervención es la que aumenta la incidencia; esta puede tenerse en cuenta por volumen uterino y tiempos quirúrgicos prolongados. A demás también se ha visto que aparición de trayectos fistulosos pueden ser agravamiento de lesiones previas no conocidas incluso por la paciente previa a la cirugía programada.

En países en vías de desarrollo se a evaluado una incidencia entre el 1 y 5% procedente de trabajos de parto complicados y mayor probabilidad de aparición aquellas descritas como poco habituales por ejemplo la fistula vesicouterina.

A demás de los trabajos de parto complicados y cirugía pélvica, se ha descrito como causa de incidencia la aparición de enfermedad pélvica inflamatoria, la endometriosis grado IV y el uso de terapia adyuvante en manejo de patología oncológica. Todas estas tienen la misma fisiopatología, los cambios secundarios al proceso modifica las características de los tejidos generando cambios anatómicos o funcionales que deterioran la calidad del mismo llevan a la fibrosis y aparición de estos trayectos entre cada órgano y por ende un tejido circundante de mala calidad que dificulta el manejo quirúrgico que puedan requerir.

2 Objetivos

Objetivo Principal:

-Desarrollar un caso clínico acerca del manejo de fistulas vesicouterinas.

Objetivos específicos:

- Conocer las causas de fistulas uroginecológicas.

- Identificar las causas de trayectos fistulosos uroginecológicos.

3 Caso clínico

Presentamos caso de gestante de 39 semanas; dentro de los antecedentes de interés, cursa con tercer embarazo de curso fisiológico sin incidencia, gestación no controlada en nuestro centro; dos gestaciones previas refieren una cesárea anterior de causa no conocida y tipo de intervención quirúrgica desconocida, posterior a ello parto eutócico que según refiere la paciente no presenta incidencia.

Origen étnico musulmana; cabe destacar ausencia de otros antecedentes médicos de interés. Controles analíticos y ecográficos de la gestación hasta su ingreso en nuestro centro sin incidencia. Acude a las 39 semanas de gestación por sensación de dinámica uterina concomitante amniorrexia espontánea (líquido amniótico normal a la exploración física), se realiza control ecográfico a su ingreso con feto de sexo aparente varón, con peso fetal estimado de 3800 grs, en presentación cefálica. Tras ingreso se aprecia inicio espontáneo de trabajo de parto, el cual transcurre sin incidencia, previo a expulsivo fetal se aprecia bradicardia mantenida por lo cual se decide instrumentar el parto con un vacuum por riesgo de pérdida de bienestar fetal, sin incidencia.

Durante postparto tras 12 horas de este, acudimos a evaluar a la paciente por aviso de enfermería de hematuria franca, equipo de ginecólogos de guardia consideran realizar sondaje vesical con lavado exhaustivo y reevaluar pertinencia de compromiso vesical, se obtiene mejoría de la calidad de la diuresis durante un periodo de 24 horas.

Avisan nuevamente para evaluar a la paciente por reaparición de hematuria franca, y evolución tórpida de la gestante por sensación de dolor abdominal y fiebre, se realiza interconsulta a servicio de urología quienes recomiendan realizar sondaje vesical con sonda de tres vías para control, lavados y manejo de diuresis, a pesar de ello persiste cuadro actual. Se informa al familiar y la paciente pertinencia de realizar de forma urgente estudio de imagen eco guiada para complementar diagnóstico clínico, se realiza sin evidenciar patología orgánica. se inicia de forma empírica manejo antibiótico y analgésico para control de la clínica

de la paciente. Ante ausencia clara de diagnóstico; previo consentimiento de la paciente a través de sondaje vesical se procede a estudio con azul de metileno, observando salida de este a través de cavidad vaginal.

Se realiza exploración física objetivando salida del mismo a través de cérvix, se inicia sospecha diagnóstica de fístula vesicouterina, se realiza estudio de TAC con contraste. En estudio de imagen se aprecia balón de sondaje vesical dentro de cavidad uterina evidenciando conexión entre ambas cavidades. En primera instancia se decide extracción de sondaje vesical y conducta expectante.

Durante vigilancia clínica se aprecian en la paciente evolución tórpida con aumento de dolor abdominal, analítica con leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda por lo cual se reevalúa el caso y al explorar a la paciente salida de contenido purulento de cavidad vaginal.

Se realiza nuevo estudio de imagen TAC con contraste observando paso del mismo a través de trayecto fistuloso.

Se decide en sesión clínica comentar el caso y evaluar opciones de manejo quirúrgico, se propone realizar histerectomía abdominal en presencia de Urólogos para evaluar vejiga y manejo pertinente.

Durante intervención quirúrgica se realiza histerectomía sin incidencia con ligadura y exéresis de trayecto fistuloso respetando vejiga, se instila azul de metileno a través de sondaje vesical sin evidenciar salida del mismo a cavidad abdominal.

Evolución clínica de la paciente favorable y se decide alta con control ambulatorio. Tras un mes de intervención quirúrgica paciente acude a revisión.

Exploración física sin hallazgos patológicos, herida quirúrgica resuelta, ecografía vaginal normal, reevaluada por urología sin objetivar compromiso vesical de la paciente.

4 Discusión-Conclusión

Las fístulas urogenitales se determinan como una conexión anómala entre el tracto urinario y el tracto genital femenino. En países desarrollados, la aparición de las fístulas es poco habituales con una incidencia muy baja y su aparición viene correlacionada a intervenciones quirúrgicas, de órgano pélvico, el antecedente de tratamientos adyuvantes oncológicos o patología pélvica grave (a nivel ginecológico descrito en casos de endometriosis grado IV, o patología oncológica digestiva o urológica). En países no desarrollados o en vías de desarrollo la incidencia es más alta, ante mayor volumen de partos también implica mayor posibilidad de desarrollo durante un trabajo de parto prolongado o complicado.

Los trayectos fistulosos pueden variar según órgano que afecte; por frecuencia tienen mayor incidencia las vesicovaginales, seguidas de las ureterovaginales y las uretrovaginales. Como en nuestro caso son de mucho menor incidencia y poco frecuentes las fistulas vesico uterinas, de igual forma las vesicocervicales, vesicoperitoneales o vesico colónicas.

5 Bibliografía

1. Cirocchi R, Cochetti G, Randolph J, et al. Laparoscopic treatment of colovesical fistulas due to complicated colonic diverticular disease: a systematic review. *Tech Coloproctol* 2014; 18:873.
2. Doyle PJ, Lipetskaia L, Duecy E, et al. Sodium fluorescein use during intraoperative cystoscopy. *Obstet Gynecol* 2015; 125:548.
3. Findley AD, Solnik MJ. Prevention and management of urologic injury during

Capítulo 49

CUIDADOS DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN

BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN

MARIA PORTELA COLAO

BEATRIZ OEO DELGADO

VANESSA VILLARTA HIGUERA

MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO

1 Introducción

Para poder entender que es la hipertensión arterial primero debemos saber que es la presión arterial. La presión arterial es la fuerza generada contra las paredes de las arterias a medida que el corazón ejerce su función de bombeo de sangre al cuerpo. El término hipertensión arterial es nombre que se utiliza cuando la presión arterial supera un nivel considerado como el máximo.

Esta alteración es importante diagnosticarla de manera temprana, ya que si no se trata puede causar efectos secundarios graves afectando a distintos órganos importantes como el corazón, cerebro, a riñones y ojos, y otros tantos problemas de salud.

La tensión o presión arterial se mide con dos cifras, una superior llamada presión arterial sistólica y un número inferior llamada presión arterial diastólica, ejemplo:

120/80 mmHg respectivamente.

Hay diferentes causas y factores que la pueden desencadenar conllevando así a la afectación de órganos como puede ser el riñón, vasos sanguíneos, hormonas...lo más habitual es que a medida que la edad avanza las personas suelen tener la tensión arterial más elevada y eso se debe a la rigidez de los vasos, generando así la mayor probabilidad de tener un accidente cerebrovascular, infartos, insuficiencia en algún órgano, o incluso la muerte. Hay otros factores que también pueden predisponer a la hipertensión arterial, como la raza negra, ser obeso, fumador, estrés, ser diabético,...

2 Objetivos

- Definir la hipertensión arterial y las consecuencias de ella.
- Explicar los cuidados de enfermería que se realizan en un paciente con hipertensión arterial.

3 Caso clínico

Mujer de 47 años de edad, casada y con 3 hijos, sin alergias medicamentosas, acude a consulta de su enfermera de atención primaria para control de la tensión arterial, ya que hace días acudió a consulta de cardiología y le recomendó que vigilase mejor sus cifras de tensión. Fue diagnosticada hace 6 años y está a tratamiento con varios fármacos antihipertensivos para conseguir un control adecuado, pero con esto no es suficiente. Cuando fue diagnosticada acudió a realizarse estudios como ecografía renal, eco-doppler siendo normales. La ecocardiografía realizada en la consulta de cardiología se encontró una hipertrofia del ventrículo izquierdo. En el último control analítico se objetiva una hipopotasemia lo que le conlleva a tener dificultad para lograr un adecuado control de la tensión arterial, por ello el cardiólogo le adjuntó a su medicación habitual la espironolactona, un ahorrador de potasio. Tras realizar una valoración de enfermería y obtener las necesidades de la paciente se le da unas indicaciones para llevar un mejor estilo de vida como puede ser la alimentación donde recomendaremos disminuir el consumo de sal yodada y alimentos que la contenga, disminución de grasas y la prescripción de ejercicio físico para ayudar a controlar sus cifras de presión arterial.

Dos meses más tarde acude a nuestra consulta de nuevo y sus cifras persisten elevadas, tras haberse realizado de nuevo un control analítico hace unos días, la hipopotasemia ha disminuido levemente. Revisamos de nuevo todo el tratamiento no farmacológico. La paciente confiesa que le es imposible comer

sano debido a su ansiedad y poco tiempo para elaborar platos sanos. Realizamos de nuevo educación sanitaria sobre alimentación y ejercicio físico, buscando las preferencias de la paciente y adaptándonos a su vida diaria.

4 Discusión-Conclusión

Para tratar la hipertensión arterial debemos no solo centrarnos en los fármacos, sino también en qué tipo de vida lleva la paciente, ya que muchos factores externos pueden ocasionarla y en los que debemos incidir, ya que en ocasiones pueden evitarse el uso de fármacos si primeramente actuamos en dichos factores.

Si realizamos una valoración de enfermería podremos obtener cuáles son los puntos donde podemos incidir para elaborar un plan de cuidados. Debemos motivar siempre a los pacientes, no centrarnos en los fallos si no se consiguen los objetivos a la primera, debemos hacerles ver que el tratamiento farmacológico no tiene por qué verse como la solución definitiva, si conseguimos llevar una vida saludable y realizar ejercicio a menudo puede ayudar mucho en el control de la tensión arterial.

5 Bibliografía

1. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 28 ago. 2019; consulta 30 ago 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. Norma General Administrativa N° 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada. mht. Resolución 1127.07.2007 doc. Santiago, 14, 1.12.2007. Disponible en: <http://bit.ly/Vh8fC9>.
3. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2010; 15(1):128-43.

Capítulo 50

MANIOBRA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN

MARIA PORTELA COLAO

BEATRIZ OEO DELGADO

VANESSA VILLARTA HIGUERA

MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una situación clínica potencialmente reversible que cursa con interrupción brusca e inesperada de la circulación y respiración espontánea.

Actualmente constituye un problema sanitario de gran trascendencia. Se estima que solo en España se producen anualmente 50.000 PCR a nivel extrahospitalario (PCR-EH) que originan, a su vez, hasta el 10% del número total de fallecidos, siendo la supervivencia global del 10,1%.

A raíz de ello, los resultados obtenidos en el abordaje de una PCR-EH se han convertido en un importante indicador de calidad del sistema social y sanitario. El inicio inmediato de la RCP puede duplicar o cuadruplicar la supervivencia del paciente tras una PCR -EH. Dado que la mayoría de los PCR en el adulto son

de origen cardíaco, es imprescindible la realización de compresiones torácicas de calidad.

Un estudio realizado en 2010 por Camacho Leis C. et al establece que un masaje cardíaco adecuado se relaciona con la recuperación de pulso en el paciente con PCR ($p < 0,05$).

A pesar de ello, algunos estudios afirman que la ejecución del masaje cardíaco no es el correcto. Solamente un 16,7% de los pacientes reciben compresiones torácicas conforme a las guías de la American Heart Association (AHA). Alrededor del 70% de las compresiones realizadas en el medio extrahospitalario no son adecuadas en cuanto a la profundidad.

La aportación de estos estudios pone de manifiesto la necesidad de ayudar al reanimador para la correcta realización de las compresiones torácicas. De esta forma surgieron varios métodos de control y corrección⁹. Estudios, como el realizado en Murcia, evalúan el nivel de conocimiento en técnica RCP de los equipos sanitarios por medio de cuestionarios. Sin embargo, una de sus principales limitaciones radicaba en que solamente se centraba en el aspecto teórico.

Otros estudios comenzaron a medir la calidad del masaje cardíaco de los participantes, durante una simulación de RCP, por medio de un maniquí. Estos dispositivos reflejaban una mejora in situ en la tasa de compresión, profundidad, liberación y posición de la mano del personal sanitario.

Un estudio retrospectivo realizado en la India donde se evaluó la repercusión, en cifras de mortalidad, del entrenamiento previo en RCP por parte del personal de enfermería mostró un aumento del 10,4% de la tasa de supervivencia inmediata, además de un incremento de la tasa de supervivencia al alta hospitalaria en un 25,4%.

En base a lo nombrado con anterioridad, es pertinente hablar de calidad en reanimación cardiopulmonar por parte del equipo de enfermería ya que el conocimiento y entrenamiento es un factor que repercute de forma directa sobre la mortalidad de las víctimas en situación de PCR.

De este modo planteamos realizar un estudio para valorar la calidad de compresiones torácicas y ventilación por parte del equipo de enfermería, a nivel de urgencias extrahospitalarias de la comunidad asturiana, además de seguir las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Evaluar la calidad de la maniobra de reanimación cardiopulmonar (RCP) en adultos del personal de enfermería de los servicios de urgencias extrahospitalarios del SESPA en el año 2022

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

De este modo consideramos que, si hay calidad de RCP, cuando:

- Profundidad compresión: 5-6 cm
- Posición de las manos en $\frac{1}{2}$ inferior esternón
- Frecuencia compresión: 100 – 120 comp/mit
- Reexpansión completa tras cada compresión
- Duración ventilación: 1 segundo
- Relación ventilación/ compresión 30:2
- Tiempo interrupción compresión: < 10 segundos

En cambio, deberemos de tener en cuenta que, no hay calidad de RCP, si:

- Profundidad compresión: < 5 o > 6 cm
- No posición de manos en $\frac{1}{2}$ inferior esternón
- Frecuencia comp.: < 100 o > 120 comp/mit
- No reexpansión completa tras c/ compresión
- Duración ventilación < o > 1 segundo
- No relación ventilación/ compresión 30:2
- Tiempo interrupción compresión > 10 segundos
- Recogida de datos

Para recoger las variables descritas, se realizó un cuestionario anónimo, compuesto por dos partes. En la primera parte aparecerán registradas las variables secundarias de nuestro estudio. Previamente, se les explicará verbalmente a los participantes que indiquen con números claros la variable edad. Y en el caso del resto de variables cualitativas, que marquen con un aspa, la casilla que corresponda con su respuesta.

La segunda parte del cuestionario muestra las variables relacionadas con la calidad de la técnica de RCP.

Para su recogida, utilizaremos el maniquí Resusci Anne QCPR™ al que estará conectado de forma inalámbrica un sistema de retroalimentación conocido como SimPad PLUS SkillReporter. En él, se podrá visualizar cada una de las variables a estudio en tiempo real de cada participante.

Se dejarán realizar dos intentos, por cada participante, quedándonos con el mejor de ambos.

- Procedimiento de recogida de datos

Inicialmente solicitaremos un listado donde nos figuren todos los enfermeros que estén trabajando en los servicios de SAC, SUAP y SAMUR Servicio del Principado de Asturias.

Posteriormente se pondrá en contacto telefónicamente, para eliminar aquellos enfermeros que tengan menos de 5 años de experiencia laboral en servicio de urgencias extrahospitalarias.

Una vez, realizado el estrato, seleccionaremos de forma aleatoria los enfermeros que pertenecerán a la muestra a estudio. Finalmente, se les enviará un correo adjuntando el modelo de consentimiento informado con la información correspondiente sobre nuestro estudio.

Se les adjuntará del mismo modo el horario de disponibilidad: 3 días a la semana (Lunes-Miércoles - Viernes) de 08:00-20:00 h en la unidad docente del hospital de referencia de cada aérea.

5 Discusión-Conclusión

La parada cardíaca súbita es una de las mayores causas de muerte en Europa¹. A raíz de ello, los resultados obtenidos en el abordaje de una PCR-EH se han convertido en un importante indicador de calidad del sistema social y sanitario. Un estudio realizado en 2010 por Camacho Leis C. et al establece que un masaje cardíaco adecuado se relaciona con la recuperación de pulso en el paciente con PCR ($p < 0,05$).

A pesar de ello, algunos estudios afirman que la ejecución del masaje cardíaco no es el correcto:

- Solamente un 16,7% de los pacientes reciben compresiones torácicas conforme a las guías de la American Heart Association (AHA).
- Alrededor del 70% de las compresiones realizadas en el medio extrahospitalario no son adecuadas en cuanto a la profundidad.

La aportación de estos estudios pone de manifiesto la necesidad de ayudar al reanimador para la correcta realización de las compresiones torácicas. De esta forma surgieron varios métodos de control y corrección.

En base a lo nombrado con anterioridad, es pertinente hablar de calidad en reanimación cardiopulmonar por parte del equipo de enfermería ya que el conocimiento y entrenamiento es un factor que repercute de forma directa sobre la mortalidad de las víctimas en situación de PCR.

6 Bibliografía

1. Iglesias-Llaca F, Suárez-Gilb P, Viña-Soriac L, García-Castroa A, CastroDelgado R, Fente-Álvarez AI, Álvarez-Ramos MB. Supervivencia de las paradas cardiacas extrahospitalarias atendidas por una unidad de vigilancia intensiva móvil de Asturias en 2010. Elsevier. 2013; 37(9): 575-583.
2. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Resuscitation. 2015;95: 1-80.
3. Camacho Leis C, Almagro Gonzalez V, Hernandez R, Esquilas Sánchez O, Moreno Martín JL, Muñoz-Hermosa EJ, Corral-Mores E. El control de la calidad en compresiones torácicas y su relación con la recuperación del pulso. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2013; 25 (2): 99-104.

Capítulo 51

ENFERMERÍA EN LA EDUCACION SEXUAL EN ADOLESCENTES

BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN

MARIA PORTELA COLAO

BEATRIZ OEO DELGADO

VANESSA VILLARTA HIGUERA

MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO

1 Introducción

La adolescencia se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años.

Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. La neurociencia muestra que, durante la adolescencia, existe un marcado neurodesarrollo, proceso que explica, entre otros la conducta adolescente. La adolescencia no es un proceso continuo y uniforme; los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés.

Para los adolescentes, la presión social a la que potencialmente están expuestos puede llevarlos desde el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, hasta el inicio precoz de relaciones sexuales, situaciones que se pueden

traducir en accidentes, suicidios, embarazos no planeados y, por supuesto, infecciones de transmisión sexual, incluyendo la del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Los comportamientos sexuales de riesgo pueden desembocar en las enfermedades y/o infecciones de transmisión sexual (ETS/ITS), que se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, como las transfusiones de sangre o productos sanguíneos, no relacionadas con prácticas de riesgo sexual.

Intervenciones de enfermería en la educación sexual en adolescentes.

- El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.
- Virus del papiloma humano (VPH) también llamado Papilomavirus, causantes de lesiones cutáneas, mucosales, con capacidad de infectar al tracto genital, aunque la mayor parte de las infecciones por VPH no provocan síntomas, la infección genital por VPH persistente puede causar cáncer de cuello de útero en las mujeres.

2 Objetivos

- El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es conocer las intervenciones de enfermería que se realizan a los adolescentes sobre la educación sexual.

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

Cabe destacar que hay estudios que se han realizado a adolescentes que ya habían mantenido relaciones sexuales. Esto puede llevar a pensar que la educación sexual se debería de realizar antes de que comiencen sus relaciones para que sean saludables desde el inicio.

En cuanto a los conocimientos posteriores, tan solo un 8% aseguran que el empleo de la “marcha atrás” es un método anticonceptivo frente a la prevención del embarazo.

También ha reducido a 20% los adolescentes que piensan que el momento idóneo para la colocación del preservativo sea inmediatamente antes de la eyaculación. El 97% conoce la existencia de un preservativo para uso femenino, 25% considera la píldora del día después como método anticonceptivo. El 98% cree que la infección por VIH no solo afecta a un determinado “grupo de riesgo”, respecto al a prueba rápida de detección del VIH donde un 90% conoce su existencia. El porcentaje de alumnos que considera oportuno el inicio de la educación sexual en la infancia es de 87%.

Los adolescentes conocen la mayoría de los métodos anticonceptivos, pero hay información que no la tienen clara.

Por otro lado, tienen falta de conocimientos respecto al VIH. Se detecta una mejoría de conocimientos tras las intervenciones.

Algo que no se ha encontrado en los estudios de este trabajo, es que no se comenta nada respecto a que los padres les hayan explicado a los adolescentes nada referente al tema de la educación sexual. La educación sexual se piensa que es algo que sólo concierne a determinados expertos en el tema, pero los padres igual que educan a sus hijos transmitiendo valores de cualquier tipo, debería también educarlos en este tema tan importante para la salud.

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista de mi experiencia personal he podido ver cómo se imparte, cómo se comportan los adolescentes en cuanto a la intervención y sería de gran utilidad emplear la web o foro para escribir dudas o temas a resolver.

Quiero decir que el tema de la educación sexual en adolescentes es un tema de gran ámbito y me ha hecho darme cuenta de lo importante que es educar como enfermeras a nuestros adolescentes para evitar prácticas sexuales peligrosas y poco saludables. Es fundamental que se les dé una buena educación para tener una salud sexual a lo largo de su vida.

6 Bibliografía

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

Capítulo 52

COMPLICACIONES DEL PARTO EXTRAHOSPITALARIO

DIEGO VICENTE CUETO

MARÍA TORIJA GARCÍA

NAZARET SOTO LABRA

ESTHER ROMANO LOBETO

EVA VIZCAINO IGLESIAS

1 Introducción

El parto extrahospitalario se produce en situaciones excepcionales. La mayoría, actualmente se producen de manera programada en los hospitales, Sin embargo, hay mujeres que prefieren dar a luz en casa ya que el parto es más natural e íntimo.

Pese a todo, los profesionales sanitarios tienen que estar preparados para atender las complicaciones que se puedan producir fuera de un hospital ya que, en ocasiones, no da tiempo a llegar al hospital y si no se actúa de forma rápida, se puede poner en peligro la vida del neonato o de su madre.

Es importante diferenciar el parto eutócico que se desarrolla con normalidad, del parto distócico, que se refiere a aquel alumbramiento en el que se produce alguna anomalía y es menos frecuente.

A continuación, se detallan las principales complicaciones que se pueden producir en un parto extrahospitalario:

1.1 Prolapso de cordón umbilical

Es la urgencia obstétrica por excelencia y ocurre cuando se desplaza el cordón umbilical a través del cervix hasta el inferior de la pelvis materna pudiendo quedar atrapado contra el cuerpo del bebe de manera que lo comprime.

Hay tres presentaciones que adopta el cordón: a) Laterocidencia que se coloca al lado de la presentación fetal. b) Procúbito o Prentación de cordón que se coloca por delante de la presentación con las membranas integras. c) Prolapso que se coloca por delante de la presentación con las membranas rotas.

Esta complicación interrumpe el intercambio gaseoso materno-fetal y produce lesiones neurológicas y la muerte del feto en el 10-30% de las veces.

1.2 Parto de nalgas

Se produce presentación podálica en el parto. La pelvis del neonato está en contacto con el estrecho superior pelviano de la madre.

Hay tres tipos de presentaciones: a) Nalgas puras el 70% de las veces. Los pies están a la altura de los hombros. b) Nalgas completas el 5% de las veces. Sentado con las rodillas flexionadas y los pies junto a las nalgas. c) Nalgas incompletas el 30 % de las veces. El feto presenta un pie o ambos en la vagina de la madre.

1.3 Circular de cordón:

Cuando el cordón umbilical se enrolla alrededor del cuello del bebe. Es común y puede producirse en cualquier momento. La incidencia es de un 20% de todos los nacimientos, de 1,7% a 3,8% en presencia de doble vuelta de cordón, y de 0,2% a 0,3% con tres o más vueltas. En la mayoría de los casos este problema no cursa con asfixia.

1.4 Distocia de hombros

Cuando el diámetro biacromial del feto es excesivamente grande para atravesar los diámetros de la pelvis materna, se expulsa la cabeza y el hombro queda impactado en el pubis.

Aparece en el 0,2% al 3% de los partos y solo en 10% de los casos hay daños neurológicos para el neonato.

1.5 Hemorragia postparto

Es una urgencia vital ya que requiere una actuación rápida. Conlleva una pérdida de sangre de 500ml (con una prevalencia de 6 a 10 %) o más en 24 horas después del parto vaginal o mayor a 1000ml en el caso de las cesáreas (con una prevalencia de 2 a 3%).

Se clasifica en precoz o tardía, siendo la precoz la que ocurre durante las primeras 24 horas, y la tardía la que acontece después de las 24 horas tras el parto.

Afecta a un 2% de todas las mujeres parturientas y es la causa principal de muerte materna.

Lo primero que deberemos de hacer es controlar y evitar la aparición de signos de shock.

1.6 Placenta previa

Cuando la placenta se inserta de forma parcial o total en el segmento inferior del útero con una prevalencia del 0,25%-0'5%, siendo un 20% de las hemorragias que suceden en el tercer trimestre.

Se clasifica en: a) Oclusiva, cuando obstruye totalmente el orificio cervical interno (OCI). b) No oclusiva, cuando se sitúa adyacente al OCI sin sobrepasarlo. c) Placenta de inserción baja cuando se sitúa a menos de 2 cm del OCI.

Conlleva un peligro de muerte para el neonatal no despreciable.

2 Objetivos

Explicar cuales pueden ser las principales complicaciones del parto extrahospitalario.

Exponer la prevalencia de las posibles complicaciones del parto extrahospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de la bibliografía mediante artículos científicos y protocolos de actuación de enfermería. El parto extrahospitalario, relacionado con las complicaciones en un medio que no es el habitual para conocer cuáles son las más comunes.

Se han empleado las siguientes bases de datos: Medline, Dialnet, Scielo y Pub Med empleando los Tesauros Mesh y Decs con los operadores booleanos AND y OR.

Las características de búsqueda han sido, año de publicación, idioma del texto, documento completo y base de datos científica

Las palabras clave utilizadas son: parto and extrahospitalario, complicaciones and parto, embarazo and complicaciones, placenta previa and y otras anomalías. Los criterios de inclusión y exclusión: se han incluido todos los documentos publicados en los últimos 5 años, texto completo y en español. Se han excluido aquellos aquellos que no ofrecían texto completo o que no estuvieran en castellano.

El número de artículos y documentos encontrados ha sido de 254 obteniendo una muestra total de 15.

4 Resultados

En esta revisión de los artículos empleados para acopiar evidencia sobre el tema, la mayoría de ellos coinciden en que el principal problema en un parto extrahospitalario es el prolapso de cordón, siendo un gran problema para los asistentes por no tener las facilidades que se tendrían en un centro hospitalario, ya que al estar en un espacio sin medios aumenta en gran medida la capacidad de solventar posibles eventos adversos.

Las complicaciones con peor diagnóstico fetal son prácticamente todas aquellas en las que es necesario una intervención quirúrgica inmediata como la placenta previa y el prolapso de cordón, el parto de nalgas y la distocia de hombros, ya que en muchas ocasiones el parto puede llegar a término mediante la Maniobra de Mc Robert, Maniobra de Gaskin o Maniobra de Woods.

Distintos estudios coinciden en que la hemorragia postparto aumenta considerablemente en los partos extrahospitalarios y es la principal causa de muerte maternal al ocurrir fuera del centro hospitalario, agravando la situación y convirtiéndola en una complicación que aumenta el riesgo de supervivencia de la madre.

También hemos podido ver que algún autor incluye el circular de cordón dentro de las complicaciones extrahospitalarias en el embarazo. Aunque es un factor que no lo complica mucho, el resto de autores no lo consideran una complicación.

También se ha observado que varios autores incluye el circular de cordón dentro de las complicaciones extrahospitalarias en el embarazo, aunque es un factor que no complica mucho el embarazo y el resto de autores no lo consideran complicación.

Todos los autores coinciden que para llevar a cabo el parto extrahospitalario, debe de haber una formación continuada de los sanitarios para resolver el problema que se presente de la mejor manera posible.

5 Discusión-Conclusión

El parto extrahospitalario, ha sido algo muy normal a lo largo de la historia de la humanidad, siendo los familiares o las parteras, las que solucionaban las complicaciones que se producían en el mismo. Sin embargo, con la institucionalidad de la sanidad, lo normal es que se asista a nivel hospitalario.

Actualmente por deseo de los padres se puede dar a luz en casa. Además existen ocasiones inesperadas y repentinas por las que se produce el parto en algún lugar

público y los sanitarios deben estar entrenados para poder asistirlos.

Las complicaciones del parto extrahospitalario y prehospitalario están presentes en todo momento aunque lo más normal, es que el parto se produzca de manera natural sin ninguna complicación, el parto en domicilio precisa una alta asistencia personalizada e individualizada.

Es necesario formar de manera continuada a los profesionales sanitarios para desarrollar nuevas habilidades y saber manejar el parto extrahospitalario, haciéndolo posible en el domicilio en aquellas situaciones en las que se produzca de forma inevitable, cuando no se pueda llegar a un centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. Andina Díaz E, Siles González J. La historia de una “partera” en la España rural de mediados del siglo XX. *Index Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 27];24(12):815. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Fernández Domínguez N, Leal Gómez E, García Lavandeira S, Vázquez Rodríguez M. Atención al parto extrahospitalario. *Semergen*. 2016;42(5):331–5.
3. Marcus Camargo G, Ovando Ponce E, Angulo Escalera C, Álvarez Lujan J. Características del circular de cordón umbilical simple en neonatos de partos eutócicos atendidos en servicio de primer nivel. *Rev Científica Salud UNITEPC*. 2020;7(2):14–9.
4. Lora N, Díaz A, Quinto B, Lora FN. Distocia de hombros en paritorio: a propósito de un caso Shoulder dystocia in paritory : on the purpose of a case Abstract. 2021;5(1):20–6.
5. Río PB, Dolores M, Luciano V. Colaboración especial. 2018; 92:1–12
6. Martínez Zambrano k. [Internet]. repositorio.ug.edu.ec [cited 14 May 2021]. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40881>

Capítulo 53

FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO. LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO PRECOZ.

EVA LAOSA RUANO

ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ

TERESA MOLINA CAMBRA

CORAL LÓPEZ ALFARO

BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ

1 Introducción

Encontramos muchos ejemplos de definiciones para la hemorragia postparto, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto. 1. Es decir, una pérdida de sangre mayor a lo esperado en un parto normal, que provoca en la gestante una serie de signos y síntomas de hipovolemia.

A la hora de evaluar la hemorragia postparto disponemos de métodos cuantitativos o de una estimación visual. Según los estudios las estimaciones visuales realizadas por los profesionales sanitarios son inexactas ya que se tiende a sobreestimar la pérdida sanguínea. 2

La hemorragia posparto es considerada una emergencia obstétrica, y además representa la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial. Esta patología afecta aproximadamente al 5-15% de todas las mujeres gestantes del mundo. En los países desarrollados, a pesar de la instauración de protocolos para el manejo de hemorragias posparto, la incidencia está aumentando. Esto puede ser debido a que no se reconocen los factores de riesgo en las mujeres gestantes en el momento de su atención. 3

La hemorragia posparto se clasifica en primaria/precoz y en secundaria/tardía. La hemorragia precoz es la que se presenta durante las primeras 24 horas posparto, siendo más frecuente y grave en las dos primeras horas. Las causas principales de la hemorragia precoz, se conocen como las “4T”: tono, tejido, trauma y trombina. Es decir, esta hemorragia puede estar causada por una atonía uterina, retención de restos placentarios, anomalías placentarias, problemas de coagulación y laceraciones del tracto genital. Mientras que la hemorragia tardía, es la que ocurre entre las 24 horas y las 6 o 12 semanas del postparto. En este caso las causas más comunes son la retención de restos placentarios, infecciones, laceraciones y enfermedad trofoblástica. 4,5

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo de la hemorragia puerperal.
- Conocer el manejo óptimo en la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.

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 artículos en diferentes bases de datos: Pubmed, Scielo, Dialnet, Cinah. Además, también se han revisado protocolos y guías de práctica clínica. Se han incluido estudios en inglés y español. Para ello se han utilizado las palabras clave: Postpartum Hemorrhage, Risk Factors, Treatment, Obstetric Emergency.

4 Resultados

Son muchos los factores de riesgo de la hemorragia postparto, siendo los de mayor riesgo: 6

Riesgo alto: Placenta previa, sospecha de acretismo placentario, gestación múltiple, antecedente de hemorragia posparto grave, trombocitopenia u otros trastornos de la coagulación, preeclampsia grave, sangrado activo intraparto, parto distócico e inducción del parto.

Riesgo medio: Multiparidad, edad materna avanzada, miomas múltiples significativos, hematocrito <30%, macrosoma, polihidramnios severo, 2° estadio del parto prolongado (>3 horas), corioamnionitis y tratamiento con sulfato de magnesio.

El mejor tratamiento de la hemorragia postparto es la prevención, por lo que las siguientes medidas se deben aplicar en todos los casos:

- Evitar factores predisponentes.
- Conducta y manejo activo de la 3ª fase del parto (alumbramiento). Para ello se utilizarán uterotónicos de forma profiláctica, siendo la oxitocina 3-5 UI en bolus de primera elección. Es el tratamiento más efectivo y con menos efectos secundarios. Además, se mantendrá una tracción controlada del cordón hasta obtener la placenta. El momento de la administración de la oxitocina puede ser en la salida del hombro anterior, justo después del nacimiento o en el alumbramiento, puesto que no aumenta el riesgo de retención placentaria. 7

Para un buen manejo inicial de una hemorragia postparto es necesario contar con un equipo multidisciplinar, formado y con capacidad de actuar rápidamente. Para ello hay que solicitar ayuda y tener presente el algoritmo o protocolo de cada hospital. Este equipo suele estar formado por ginecólogos, matronas, anestelistas, auxiliares de enfermería, celadores etc. En el manejo inicial del HPP tendrán que realizarse simultáneamente las medidas de monitorización, reanimación, diagnóstico y tratamiento. 6

La SEGO recomienda realizar las siguientes medidas básicas:

- Buscar ayuda: avisar al equipo multidisciplinar
- Valorar sangrado
- Monitorizar constantes vitales
- Administrar oxigenoterapia
- Realizar sondaje vesical, porque favorece contracción uterina y, por otro lado, para controlar diuresis.
- Extracción analítica urgente con hemograma, coagulación y pruebas cruzadas.
- Vía venosa asegurada (dos recomendablemente) de gran calibre 16-18G.
- Fluidoterapia para reponer volemia, generalmente 300 ml Ringer Lactato por

cada 100 ml de pérdida sanguínea estimada

- Prevención de la hipotermia. Mantener temperatura corporal con medidas activas (manta aire caliente)

- Pueden ser útiles vasopresores (efedrina/fenilefrina), sin olvidar que no están en la línea de tratamiento principal

- Reevaluar en el partograma los factores predisponentes que orientan al diagnóstico etiológico.

- Administración de 1 gramo de ácido tranexámico en 10-20 minutos. Este fármaco no es un uterotónico, sino un agente antifibrinolítico. En caso de hemorragia postparto la administración precoz reduce la muerte materna y la laparotomía postparto, sin aumento del riesgo de trombosis. Se aconseja administrar lo antes posible una vez diagnosticada la hemorragia postparto. No se asocian efectos adversos y si el sangrado persiste, se puede administrar una nueva dosis pasada media hora de la primera. 6

Cuando se han realizado las medidas básicas para el control de la hemorragia postparto, debemos buscar la causa del sangrado para poder proporcionar el tratamiento etiológico.

Dentro de las 4T mencionadas anteriormente, la atonía uterina suele ser la causa más frecuente. El tratamiento etiológico del tono se basa en masaje uterino, compresión y fármacos. En cuanto al tejido, se realiza una extracción manual o legrado de los restos placentarios. En el caso del trauma debemos reparar el desgarro/rotura o corregir la inversión uterina en el caso de que la haya. Por último, si la causa es la trombina, se escogerá un tratamiento específico para el trastorno de la coagulación en cada caso.

En cuanto a los fármacos, la oxitocina intravenosa sola es el uterotónico recomendado para el tratamiento de la hemorragia postparto. Si no se dispone de esta, o el sangrado continúa a pesar de su administración, se recomienda el uso de metilergometrina. Otros uterotónicos que también están recomendados, si los anteriores no son efectivos, son carboprost y misoprostol.

Si la gestante no responde al tratamiento con fármacos, se recomienda el uso del balón intrauterino como primera opción. Otras opciones de tratamiento conservador no farmacológico son: embolización, suturas de compresión uterina, y ligadura de vasos pélvicos. Por último, se recomienda la histerectomía como tratamiento quirúrgico radical. 8,9

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la hemorragia postparto se trata de una emergencia obstétrica, siendo una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. Para reducir la mortalidad, es importante reconocer a tiempo cuando se está produciendo un sangrado mayor al normal y determinar la causa para poder aplicar un tratamiento adecuado.

Para ello, no solo es importante un buen manejo de la hemorragia postparto, sino que es mejor prevenirla. Es imprescindible que en todos los casos se identifiquen los factores de riesgo, ya que esto nos va ayudar a prevenir o anticiparnos ante un caso de hemorragia.

Otro punto importante es que las causas son identificables, por lo tanto, si conseguimos encontrar el origen de la hemorragia podremos tratar más eficazmente la hemorragia postparto.

6 Bibliografía

- 1) Organización Mundial de la Salud. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.
- 2) Yoong, W., Karavolos, S., Damodaram, M. y col. Precisión del observador y reproducibilidad de la estimación visual de la pérdida de sangre en obstetricia: ¿cuán precisos y consistentes son los profesionales de la salud? Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00404-009-1099-8/>
- 3) Ortiz, M. S., Pérez, L., Muñoz, A. S., Raga, F. G., & Galán, A. (2019). Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. *Apuntes de Ciencia*, 1, 18-24.
- 4) Córdova, M. C. A., Ramírez, T. M. L., Vera, A. J. V., & Briones, W. V. V. (2021). Causas de hemorragia postparto. *RECIMUNDO*, 5(1), 191-206.
- 5) Organización Panamericana de la Salud. (2019). Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Washington DC: Publicación científica CLAP/SMR N° 1594 Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR.
- 6) López, M. Hernández, S. Ferrer, P. Almeida, L. Serra, M. Figueras, F. Gómez-Roig, M. HEMORRAGIA POSTPARTO: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. (2019) Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/cat/patologia-maternaobstetrica/hemorragia-postparto.html>
- 7) Protocolo SEGO. Patología del alumbramiento y del posparto inmediato. (Actualizado en 2000). Disponible en: <http://www.prosego.es/>

- 8) Chaves, S. V., & Jeremías, M. D. (2020). Hemorragia postparto. *Revista Médica Sinergia*, 5(11), e603-e603.
- 9) Feduniw, S., Warzecha, D., Szymusik, I. y Wielgos, M. (2020). Epidemiología, prevención y manejo de la hemorragia posparto temprana: una revisión sistemática. *Ginecologia Polska*, 91 (1), 38-44.

Capítulo 54

PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL, UNA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

EVA LAOSA RUANO

TERESA MOLINA CAMBRA

CORAL LÓPEZ ALFARO

BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ

ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ

1 Introducción

El prolapso del cordón umbilical es una emergencia obstétrica poco frecuente, con una incidencia que varía de 1 a 6 por cada 1000 embarazos ¹. Es un acontecimiento impredecible, y aunque es raro que ocurra, las secuelas son significativas, existiendo una mortalidad perinatal de hasta el 3% de los casos ².

A pesar de que sea un evento poco frecuente, la importancia de sus resultados hace fundamental que los profesionales sanitarios estén preparados y formados para su identificación y manejo. Podemos definir el prolapso de cordón como la presencia de este por delante de la presentación fetal. Nos referimos al prolapso de cordón propiamente dicho cuando las membranas están rotas y podemos palpar el cordón durante una exploración vaginal. De esta forma, con la visualización o palpación del cordón se establece el diagnóstico³.

Además del prolapso de cordón hay situaciones similares que se encuadran dentro de esta emergencia obstétrica: 4,5,6

- 1- Prolapso de cordón: membranas rotas y descenso del cordón entre la presentación y el cuello uterino
- 2- Procúbito de cordón: membranas íntegras y presencia del cordón entre la presentación y la pared vaginal o el cuello uterino
- 3- Laterocidencia: membranas íntegras y cordón colocado lateralmente a lo largo de la presentación de la bolsa.

Esta emergencia obstétrica supone un riesgo para el feto, ya que la compresión del cordón por parte de la presentación fetal y el vasoespasmo de la arteria umbilical son los dos mecanismos principales que conducen a la hipoxia fetal y la asfixia al nacer 1.

La causa más frecuente del prolapso de cordón es la rotura de membranas. En cuanto a los factores de riesgo los podemos clasificar en diferentes categorías: 3,7,8

Factores maternos asociados al embarazo

- Gestación múltiple
- Multiparidad
- Polihidramnios
- Amniorrexia espontánea
- Estenosis pelviana
- Placenta previa parcial
- Características fetales
- Presentación distócica
- Presentación de nalgas
- Falta de encajamiento de la presentación
- Anomalías congénitas
- Prematuridad
- Tamaño pequeño para la edad gestacional

Causas iatrogénicas

- Amniotomía: Causa principal.
- Amnioinfusión
- Rotación manual de la cabeza fetal u otra manipulación obstétrica
- Versión cefálica externa
- Colocación de sonda para maduración del cuello uterino
- Colocación de un catéter de presión intrauterina o de un electrodo interno.

2 Objetivos

- Reconocer los posibles factores de riesgo del prolapso de cordón.
- Conocer el manejo adecuado ante un prolapso de cordón umbilical.

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 artículos en diferentes bases de datos: Pubmed, Scielo, Dialnet, Cinah. Se han incluido estudios en inglés y español. Para ello se han utilizado las palabras clave: prolapse, umbilical cord, obstetric emergency.

4 Resultados

El tratamiento definitivo del prolapso de cordón es la terminación del parto, generalmente por cesárea ya que se finaliza el parto en menor tiempo, a excepción de algunos casos en los que el parto vaginal sea inminente, más rápido y por lo tanto preferible 9.

Hasta la finalización del parto se deben realizar una serie de intervenciones que mejoran el pronóstico neonatal: 4,7,10

- Avisar y pedir ayuda al resto del equipo
- Maniobras para aliviar la compresión del cordón a) Elevación de la presentación fetal (“empuje”): Medidas encaminadas a impulsar la presentación hacia la parte superior del canal del parto y disminuir la presión de la presentación sobre el cordón umbilical. Se debe reducir al mínimo la manipulación directa del cordón umbilical para evitar el vasoespasmo y la hipoxia fetal ☐ Elevación transvaginal manual o llenado de la vejiga urinaria materna con 500-700 ml de solución salina. b) Desacoplamiento de la presentación fetal (fuerza gravitatoria): colocar a la gestante en diferentes posturas para elevar la pelvis materna ☐ Posición genupectoral, trendelenburg, levantar la pelvis en posición supina o lateral.

La segunda opción de maniobras, en la que nos ayudamos de la gravedad para aliviar la compresión, encontramos dos ventajas.

En primer lugar, después de elevar la pelvis materna, la fuerza gravitatoria también puede reducir el riesgo de un mayor prolapso desde el interior hacia el exterior de la vagina.

En segundo lugar, estas maniobras no dependen del plano en que se encuentra la presentación fetal, mientras que las maniobras de empuje si lo hacen 4.

- Inhibir la dinámica uterina

- Administrar oxígeno a la madre, entre 8 y 10 l/min para fomentar la oxigenación fetal y mejorar la circulación uteroplacentaria.

- Monitorización fetal continua.

Si se ha realizado elevación manual de la presentación fetal, no se ha de retirar la mano hasta la realización de la cesárea. Solo si la presentación está libre y la frecuencia cardiaca fetal es normal se pueden retirar los dedos de la vagina. En caso de presentación no libre o con bradicardia fetal, el tacto se ha de mantener 3.

Cuando ocurre el prolapso del cordón umbilical, los fetos pueden presentar diferentes registros cardiotocográficos. Estos son: bradicardia persistente, desaceleraciones recurrentes o frecuencia cardíaca normal. En los casos de bradicardia fetal, el pH arterial del cordón se deteriora significativamente con el intervalo entre la bradicardia y el parto. El riesgo de acidosis significativa es mayor cuando el intervalo entre la bradicardia y el parto es mayor de 20 minutos. En los casos con desaceleraciones recurrentes, el pH arterial del cordón umbilical no cambia significativamente 1.

5 Discusión-Conclusión

La principal causa de prolapso de cordón es la amniorrexia artificial practicada por el profesional sanitario, por lo tanto, debemos plantearnos seriamente si todas las intervenciones durante el parto que se realizan son realmente necesarias. La formación continua de profesionales y crear algoritmos de actuación pueden ayudar a mejorar los resultados clínicos. Conocer los factores de riesgo no impide que el prolapso de cordón ocurra, pero si puede ayudarnos a identificarlo más rápido y actuar en consecuencia.

La compresión del cordón umbilical provoca hipoxia en el feto, por lo que, tanto el grado de compresión como el tiempo de reacción y resolución del problema son factores de gran impacto en los resultados neonatales.

6 Bibliografía

1) Wong, L., Tse, WT, Lai, CY, Hui, AS, Chaemsaitong, P., Sahota, DS, ... y Leung, TY (2021). Intervalo bradicardia-parto y resultados fetales en el prolapso del cordón umbilical. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* , 100 (1), 170-177.

- 2) Rajakumar, C., Garber, A., Rao, PM, Rousseau, G., Dumitrascu, GA y Posner, GD (2017). Prolapso de cordón umbilical en una paciente en trabajo de parto: un escenario de simulación multidisciplinario e interprofesional. *Cureo* , 9 (9).
- 3) Enfermería Materna y del Recién Nacido, II, volumen V. (2015). Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona).
- 4) Wong, L., Kwan, AHW, Lau, SL, Sin, WTA y Leung, TY (2021). Prolapso del cordón umbilical: revisando su definición y manejo. *Revista estadounidense de obstetricia y ginecología*, 225 (4), 357-366.
- 5) Adegbola, O. y Ayanbode, O. (2017). La incidencia, los factores de riesgo y los determinantes del resultado perinatal de los prolapsos del cordón umbilical en Lagos, Nigeria. *Revista médica nigeriana: Revista de la Asociación Médica de Nigeria* , 58 (2), 53.
- 6) Martínez Galiano, J. M., & Gálvez Toro, A. (2014). Resultados perinatales tras un prolapso de cordón mantenido. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 60(1), 75-78.
- 7) Maher, M. D., & Heavey, E. (2016). Cuando el cordón viene primero: Prolapso del cordón umbilical. *Nursing* (Ed. española), 33(2), 43-46.
- 8) Ruiz, V., Delgado, C., & Vergara, P. (2017). MANEJO DEL PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL COMO URGENCIA OBSTÉTRICA. *Ciberrevista Enfermeriadeurgencias. com*, (57).
- 9) Boushra, M., Stone, A. y Rathbun, KM (2021). Prolapso del cordón umbilical. En StatPearls [Internet] . Publicación de StatPearls.
- 10) Ahmed, WAS y Hamdy, MA (2018). Manejo óptimo del prolapso del cordón umbilical. *Revista Internacional de Salud de la Mujer* , 10 , 459.

Capítulo 55

CARACTERÍSTICAS DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA MUJER EMBARAZADA

EVA LAOSA RUANO

BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ

ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ

CORAL LÓPEZ ALFARO

TERESA MOLINA CAMBRA

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria en la gestante es uno de las situaciones clínicas más desafiantes, por el hecho de estar tratando a dos pacientes: el feto y la gestante. Es importante considerar este binomio madre-feto, puesto que una mejor protección y reanimación materna logrará una mejor viabilidad fetal.

En los últimos años, la edad materna ha aumentado y con ello, los embarazos de alto riesgo, las comorbilidades, las enfermedades cardíacas y la obesidad también lo han hecho. La incidencia de parada cardiorrespiratoria previamente descrita era de 1/30.000, y debido a este aumento de la edad materna, la incidencia ha pasado a ser de 1/12.000. 1

Para poder realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP) de buena calidad es necesario conocer los cambios fisiológicos que se producen en la gestante durante

el embarazo, ya que entender estos cambios va a condicionar la eficacia de las maniobras de reanimación. Los cambios hemodinámicos y respiratorios son los más relevantes en la reanimación cardiopulmonar, y se producen en su mayoría a partir del segundo trimestre de embarazo.

Los principales cambios fisiológicos del embarazo son: 2,3

Respiratorios:

Edema de la vía aérea y mucosas ingurgitadas y friables.

Elevación de los hemidiafragmas.

Incremento de la ventilación por minuto.

Disminución de la capacidad residual funcional.

Disminución de la distensibilidad torácica.

Gastrointestinales:

- Incompetencia del esfínter gastroesofágico.

- Mayor riesgo de regurgitación y broncoaspiración.

Cardiovascular:

- Aumento del gasto cardíaco (30-50%), aumento de la frecuencia cardíaca.

- Disminución de la tensión arterial y de las resistencias vasculares periféricas.

- Aumento del consumo de oxígeno.

- Aumento del volumen plasmático, anemia dilucional.

- Síndrome de compresión aorto-cava.

A partir de la semana 20 se produce la compresión de la aorto-cava, ya que el crecimiento uterino hace que se comprima la aorta, la vena cava inferior o ambas. Tal compresión puede reducir el gasto cardíaco hasta en un 30 a 40% 1. Esto se produce cuando la gestante se encuentra en posición decúbito supino, ya que se produce una disminución del retorno venoso, produciendo la triada bradicardia, hipotensión arterial y síncope de decúbito supino. 1

A pesar de que la reanimación cardiopulmonar en el adulto es similar a la de una mujer embarazada, los cambios fisiológicos comentados anteriormente imponen desafíos adicionales. La parada cardiorrespiratoria en la población general está bien documentada en la literatura médica, sin embargo, existe poca evidencia científica de la PCR en la mujer embarazada.

2 Objetivos

- Comprender la fisiopatología de la mujer embarazada ante una parada cardiorrespiratoria.
- Conocer las peculiaridades de la reanimación cardiopulmonar en la paciente gestante.

- Identificar las maniobras que deben realizarse ante una parada cardiorrespiratoria en una gestante.

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 artículos en diferentes bases de datos: Pubmed, Scielo, Dialnet, Cinahl y en guía de práctica clínica. Para ello se han utilizado las palabras clave: parada cardiorrespiratoria, soporte vital avanzado y embarazo.

4 Resultados

La bibliografía consultada se centra en las recomendaciones de la AHA para la reanimación cardiopulmonar de la gestante.

Las recomendaciones en cuanto a las compresiones torácicas, son iguales que en un adulto. Se deben realizar 100 compresiones por minuto, con una profundidad de al menos 5 cm, con una relación compresión-ventilación 30:2. Las interrupciones deben limitarse a 10 segundos, excepto para intervenciones específicas, como la inserción de una vía aérea avanzada o el uso de un desfibrilador. 4

Las guías de práctica clínica enfatizan la importancia de la posición de la madre durante la RCP, para aliviar la compresión aortocava durante la reanimación. En la revisión sistemática consultada podemos ver que algunos autores defienden que el útero debe ser desplazado utilizando una tabla que inclina a la gestante 15-30°. Sin embargo, la mayoría de los autores y la AHA coinciden en que la posición supina con desplazamiento lateral del útero de forma manual hacia la izquierda, es la forma óptima para realizar la RCP. 6,7. Por lo tanto, la posición supina mejora la calidad de las compresiones torácicas, ya que se aumenta la profundidad de la compresión y se colocan las manos de forma correcta. 5,6

La persona que está realizando las compresiones torácicas debe colocar la palma de una mano en el centro (medio) del pecho de la gestante (la mitad inferior del esternón) y la palma de la otra mano encima de la primera para que las manos se superpongan y queden paralelas. 7

A pesar de que varios autores sostengan que se deben realizar las compresiones ligeramente por encima del lugar habitual, debido al ascenso de las estructuras torácicas por los cambios durante el embarazo (en el tercer trimestre el diafragma y el miocardio son desplazados hacia arriba a causa del crecimiento del útero),

la AHA concluye que la colocación de las manos será en el mismo lugar que en pacientes no gestantes, ya que no hay evidencia científica la respecto que apoye este cambio. 4

En relación a la vía aérea, en el SVB el equipo ventilará a la paciente con oxígeno al 100% administrando 15 litros por minuto. En el SVA la intubación endotraqueal debe ser realizada por un profesional especializado. Se recomienda comenzar con un tubo endotraqueal de 6-7 mm de diámetro, sin realizar más de dos intentos. Si la intubación es fallida debe colocarse un dispositivo supraglótico. La presión cricoidea no se recomienda de forma rutinaria. La capnografía de forma de onda continua será el método más fiable para confirmar la correcta colocación del TET, además de la evaluación clínica. 1,7.

Siempre se debe considerar la hipoxemia como una causa de paro cardíaco. Las reservas de oxígeno son más bajas y las demandas metabólicas son más altas en la paciente embarazada en comparación con la paciente no embarazada; por lo tanto, el soporte ventilatorio temprano puede ser necesario. 5

Es necesario establecer un acceso intravenoso por encima del nivel del diafragma para conseguir una repleción rápida del volumen vascular y una rápida administración de fármacos. El acceso no puede ser inferior al nivel del diafragma, para poder garantizar que el útero grávido no obstruye la terapia administrada por vía intravenosa. 1

Si la paciente se encuentra en ritmo desfibrilable (fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso) se debe realizar con la misma intensidad que en una paciente no gestante (120 a 200 J). La recomendación actual es utilizar el mismo protocolo de desfibrilación en la paciente embarazada que en la no embarazada. 4,1

En cuanto a la administración de medicamentos, no es necesario modificar las dosis para adaptarse a los cambios fisiológicos del embarazo. En el contexto de un paro cardíaco, no se debe suspender ningún medicamento debido a preocupaciones sobre la teratogenicidad fetal. Aunque algunos fármacos, como la epinefrina y la vasopresina, disminuyen el flujo sanguíneo placentario, está indicado su uso. 1

Respecto al tiempo disponible para intentar revertir la parada cardiorrespiratoria, todos los autores coinciden en que se debe considerar una cesárea urgente para todas las madres en las que no haya habido éxito tras 4 minutos de RCP. La cesárea deberá iniciarse de inmediato en aquellos casos que la viabilidad materna no sea posible. 7

5 Discusión-Conclusión

Respondiendo a los objetivos de la revisión, podemos concluir que:

Los principales cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo y que afectan a la hora de una parada cardiorrespiratoria son:

- Cambios respiratorios: debido a estos cambios nos encontramos una vía aérea de difícil manejo.
- Cambios cardiovasculares: a tener en cuenta la compresión aortocava.
- Cambios gastrointestinales: debido a los cambios mencionados hay un mayor riesgo de broncoaspiración y regurgitación.

En resumen, podemos destacar las peculiaridades a tener en cuenta durante la reanimación cardiopulmonar en una mujer embarazada:

- Posición: Supina con desplazamiento lateral del útero.
- Colocación de las manos: misma posición que en cualquier otro paciente.
- Acceso intravenoso: siempre por encima del diafragma (miembros superiores)
- Vía aérea: Tubo endotraqueal de menor tamaño (6-7 mm)
- Desfibrilación: mismo protocolo e intensidad que con otro paciente
- Cesárea: en menos de 4 minutos tras el fracaso de las maniobras de reanimación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 56

PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE SOPORTE VITAL AVANZADO

VANESSA NAVARRO AGUILAR

MARTA TOMÁS MUÑOZ

ÁNGEL ORTIZ FERNÁNDEZ

RAQUEL GENOVÉS PICÓ

1 Introducción

Es el tratamiento definitivo de la reanimación cardiopulmonar (RCP), con el fin de restablecer la circulación y la respiración espontánea.

Las guías del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) se actualizan cada 5 años. En 2020, y a causa de la pandemia de Coronavirus, lo que hicieron es retrasar estas recomendaciones. Eso sí, emitieron en 2020 unas específicas sobre RCP en paciente con o sospecha de COVID-19

Puntos clave

La prioridad son las compresiones torácicas de alta calidad con las mínimas interrupciones, la desfibrilación precoz, y el tratamiento de las causas reversibles. Los pacientes con parada cardíaca, tanto intrahospitalaria como extrahospitalaria, a menudo presentan signos premonitorios.

Utilice técnicas de vía aérea básica o avanzada. Solo los reanimadores con una elevada tasa de éxito deben intentar la intubación traqueal.

Administre adrenalina precozmente para la parada cardíaca no desfibrilable.

En pacientes seleccionados, si es factible, considere la RCP extracorpórea (RCPe) como terapia de rescate cuando el SVA fracase.

No hay cambios importantes en las guías de SVA del adulto del 2021. Hacen más énfasis en que los pacientes en parada cardíaca tanto intrahospitalaria como extrahospitalaria tienen signos premonitorios, y que muchas de estas paradas se pueden evitar.

El buen funcionamiento del equipo de reanimación es esencial para una RCP efectiva. Cada miembro del equipo debe conocer sus funciones, así como el rol de los otros miembros.

Debe existir un único líder, establecido lo más pronto posible para ordenar al equipo e iniciar las maniobras de reanimación de manera oportuna. Este será el responsable de llevar el ritmo de la reanimación, dando instrucciones claras, manteniendo el orden y asegurándose de obtener toda la información acerca de lo que está ocurriendo con el paciente.

2 Objetivos

1. Establecer el eslabón en la cadena de supervivencia, debe iniciarse en los primeros 8 minutos post-RCP.
2. Dar importancia al liderazgo y la coordinación entre los reanimadores.
3. Crear prioridades entre las distintas maniobras:

3 Resultados

Una vez que la reanimación está en marcha, ha llegado el personal formado en RCP y si hay suficiente personal presente:

- Monitorizar al paciente: frecuencia cardíaca, registro electrocardiográfico, saturación de oxígeno, tensión arterial y capnografía si se dispone de ella.
- Canalizar una vía venosa periférica del mayor calibre posible y preparar los fármacos necesarios.
- Administrar la medicación prescrita por el médico responsable de la RCP avanzada.
- Apoyo durante la intubación traqueal.
- Aportar el material una vez comprobado: laringoscopio montado, tubo endotraqueal con fiador, lubricación del tubo.
- Durante la comprobación de la intubación aportar el fonendoscopio y ventilar con bolsa-mascarilla y reservorio conectada a fuente de oxígeno 15 l/min. Se re-

comienda el uso del capnógrafo para verificar la eficacia de la intubación y la calidad de la RCP.

- Fijación del tubo endotraqueal: insuflación del globo distal y sujeción del mismo.
- Una vez intubado el paciente o insertado un dispositivo supraglótico, continuar con las compresiones torácicas de manera ininterrumpida (excepto para desfibrilar o comprobar el pulso cuando esté indicado) a una frecuencia de al menos 100 cardio compresiones por minuto y ventilar los pulmones a 10 respiraciones por minuto aproximadamente.
- Desfibrilar: se continuará la desfibrilación hasta que el paciente recupere la circulación espontánea o presente ritmo no desfibrilable.
- Se deben implementar estrategias para lograr una comunicación efectiva entre los miembros del equipo e idealmente asignar los roles y su lugar físico junto a la cama del paciente antes de la llegada de éste.
- Lo más importante es estar preparados para enfrentar una situación grave como lo es un paro cardiorrespiratorio, y mantenerse entrenado no solo en habilidades técnicas, sino también en cómo ser un buen líder para el equipo.

-

4 Discusión-Conclusión

- Se deben implementar estrategias para lograr una comunicación efectiva entre los miembros del equipo e idealmente asignar los roles y su lugar físico junto a la cama del paciente antes de la llegada de éste.
- Lo más importante es estar preparados para enfrentar una situación grave como lo es un paro cardiorrespiratorio, y mantenerse entrenado no solo en habilidades técnicas, sino también en cómo ser un buen líder para el equipo.
- Por último, hacer un debriefing final ayudará a enfrentar mejor estos casos en el futuro y además a manejar las emociones que situaciones como éstas conllevan para todos los participantes en la reanimación.

5 Bibliografía

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

Capítulo 57

EVALUACIÓN DE LA HIGIENE Y LAVADO DE MANOS DESDE EL PRISMA DE LA ENFERMERÍA HOSPITALARIA

LUCIA MENAS CRESPO

1 Introducción

El lavado de manos es una técnica básica que se debe realizar sobre todo en el entorno hospitalario. Desde la organización mundial de la salud se promueven campañas orientadas a concienciar al personal sanitario y actualizar los protocolos que se deben realizar en este lavado de manos. Este lavado de manos debe tener un procedimiento protocolizado y realizado previo la intervención con los pacientes y entre cada paciente para no realizar transmisiones de enfermedades e infecciones tanto hacia el profesional sanitario como entre pacientes (2).

En las universidades cuando se realizan las enseñanzas de las formaciones sanitarias se enseña el lavado de manos, pero en muchas ocasiones no se hace desde la importancia que tiene la realización de este protocolo y en la mayoría de veces no está totalmente actualizado el protocolo que se enseña. Se debe hacer hincapié en la gran tasa de infecciones nosocomiales que se producen a diario y las resistencias a los patógenos que se están observando, es por tanto, la importancia de la prevención del contagio de estas enfermedades debido en muchas ocasiones por no realizar correctamente este lavado de manos (1,3).

En España se observan las medidas de bioseguridad y de la aplicación de métodos de prevención y barrera que se aplican en el entorno hospitalario siendo casi el

70 por ciento el porcentaje de no aplicación de los protocolos totales que existen frente a esta alta incidencia de infecciones y transmisión (3).

Es por eso la importancia de la realización de esta revisión para evaluar los protocolos existentes y su implantación desde la enfermería en el entorno sanitario.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

1. Identificar los riesgos y los hábitos en el lavado de manos dentro de los profesionales de la enfermería.
2. Observar las modalidades y protocolos de lavados de manos en la enfermería hospitalaria.
3. 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 mayo de 2022.

-Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("hand washing" OR "hand hygiene") AND (nursing OR Nursing[MESH] OR nurse OR "hospital 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 10 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 (2,3,4) se han realizado estudios donde las muestras tenían una edad entre los 40 años y los 55 años y respecto al sexo mas del 80 por ciento eran del sexo femenino y mas de la mitad de muestras analizadas eran profesionales sanitarios de auxiliares de enfermería,

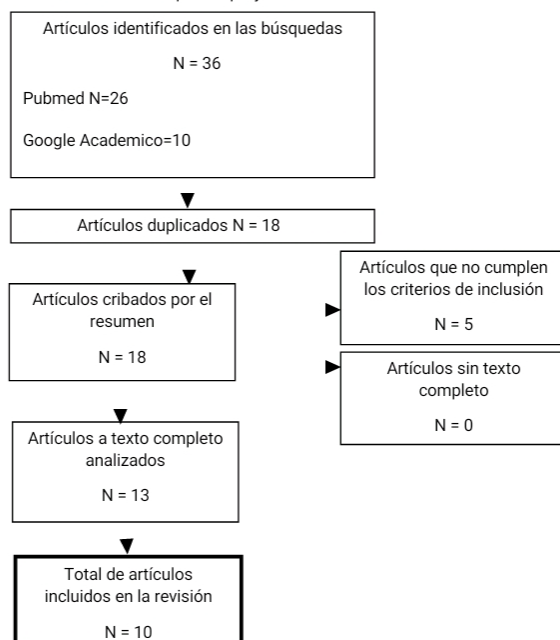
seguidos de enfermeros y médicos. En la mayoría de casos los profesionales sanitarios analizados tienen mas de 10 años de desempeño laboral.

Según los elementos utilizados para la higiene de manos se evidencio que mas del 40 por ciento de muestras analizadas solo utilizaban una solución alcohólica para la desinfección de manos y el 35 por ciento utiliza el agua y jabón para el lavado de manos. En la mayoría de ocasiones este lavado de manos se realiza solamente antes de atender al paciente, pero no después ni entre pacientes.

En dos de los artículos seleccionados (1,5) se evaluó el conocimiento de los profesionales sanitarios con respecto al conocimiento de los protocolos de lavado de manos y su correcta higiene. Frente a los resultados obtenidos se puede evidenciar que no hay un cumplimiento unificado del personal sanitario y no se sigue un protocolo unificado ni protocolizado. Esto puede poner en riesgo la salud propia y la de los pacientes haciendo posible su alargamiento en la estancia hospitalaria y el aumento de las comorbilidades asociadas.

Encontramos que en la mayoría de estudios analizados no se evalúa el papel que juega la unidad de prevención de riesgos laborales con respecto a los cuidados en salud y su relación con el lavado de manos e higiene y como se deben implementar estos protocolos y la higienización de manos habitual.

Figura 1. Selección de los artículos para el proyecto.



5 Discusión-Conclusión

De acuerdo con los resultados de nuestra revisión podemos concluir que el lavado de manos es habitual en el entorno sanitario, pero no existe una unificación de criterios con respecto a los protocolos de actuación. También encontramos como hay deficiencias al respecto de la actualización en el personal sanitario sobre los conocimientos de transmisión cruzada y de bioseguridad en el entorno hospitalario. Esto nos hace plantearnos si desde la prevención de riesgos laborales se debe aplicar una revisión periódica y una evaluación del cumplimiento de las actuaciones con respecto a este lavado de manos que podría reducir de forma considerables las infecciones que se realizan en el entorno sanitario entre pacientes y profesionales sanitarios. Es por tanto importante la revisión de todos los protocolos y la actualización de los trabajadores con respecto a un acto tan básico como el correcto lavado e higiene de manos.

6 Bibliografía

1. De Vita V, Weisburd G, Beltramino D, Bussi E. Conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud relacionados con el lavado de manos clínico en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Médica Rosario*. 2014; 80: 105-16.
2. Saldarriaga Sandoval LJ, Barreto Boulanger JF, Córdova García DS. Adherencia al lavado de manos en personal de salud del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarria II-2 de Tumbes. *Revista Iberoamericana en Educación e Investigación en Enfermería*. 2016; 6(4): 55-61.
3. Henao González S, Sierra P. Asociación entre Adherencia a Higiene de Manos y Características Sociodemográficas, Laborales y de Locus de Control en los Profesionales de la Salud de la IPS Universitaria sede León XIII. 2014.
4. Padron ER, Companoni Landin FA, Rosales Reyes SA. Apuntes Históricos sobre el Lavado de las Manos. *Revista Cubana de Estomatología*. 2015; 52(2): 217- 26.
5. Oliva LM, Rosa L. El Conocimiento Y Aplicación Del Correcto Lavado De Manos Del Profesional De Enfermería Y La Influencia En La Recuperación De Los Pacientes En El Servicio De Cirugía General Del Hospital Barranca Cajatambo Junio - Julio 2017. Universidad Autónoma de Ica [Internet]. 16 de mayo de 2018 [citado 11 de agosto de 2020]; Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/243>
6. López-Cudco LL, Herrera-Sánchez PJ, Rodríguez-Díaz JL, ParconBitanga M, López-Cudco LL, Herrera-Sánchez PJ, et al. Adherencia a la higiene de manos por el personal de enfermería. *Rev Arch Méd Camagüey*. agosto de 2019;23(4):464-76.

7. Benitez R. Aislamiento de contacto: precauciones a seguir en patología infecciosa [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/aislamiento-de-contacto-precaucionespatologia-infecciosa/>
8. López-Cudco LL, Herrera-Sánchez PJ, Rodríguez-Díaz JL, ParconBitanga M. Adherencia a la higiene de manos por el personal de enfermería. *Rev Arch Méd Camagüey*. 2019;23(4):464-76.
9. Ferrer LMV, Buendia AL, Martínez LA, Vargas DL. Conocimiento y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud en un hospital de Cartagena. *Cienc Salud Virtual*. 18 de diciembre de 2018;10(2):4-14.
10. Tuya Rodriguez R, Tuya Rodriguez V, Cáceres Contreras O. Práctica de higiene de manos del personal de enfermería en el cuidado del paciente neonato en la unidad de cuidados intensivos Neonatales de un hospital nacional. 2017; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/789>

Capítulo 58

REDUCCIÓN EN EL TIEMPO DE ESPERA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL HOSPITAL CARLOS HAYA CON EL SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER

JOAQUÍN PANCORBO MENA

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

MARÍA MARÍN SABARIEGO

1 Introducción

El tiempo de espera en los Servicios de Urgencias es un factor que genera estrés, tanto para los pacientes y acompañantes como para el personal sanitario, y puede provocar una disminución de la calidad asistencial. El triaje es un sistema bastante eficaz para estructurar el trabajo asistencial, ya que da una respuesta organizada dentro de la masiva demanda.

La palabra Triage procede del francés "trier", seleccionar, clasificar. Se define como un sistema de evaluación clínica que permite determinar la prioridad de la atención sanitaria según la gravedad del paciente que utiliza solo datos clínicos.

El hospital Regional de Málaga Carlos Haya ha seguido un sistema de triaje creado internamente y no validado a nivel externo. A partir del 20 de enero de

2010 se ha optado por introducir el sistema de Triage Manchester (STM), un sistema con una validez empírica y una solidez científica. Este sistema optimiza los recursos y mejora su gestión.

Este tipo de triaje cuenta con una clasificación de la urgencia en cinco códigos de color diferentes (rojo, naranja, amarillo, verde y azul) frente a los tres con los que contaba el sistema antiguo (rojo, amarillo y verde). Por lo tanto, hace una división más específica según la gravedad del enfermo, y permite un intervalo más amplio en los tiempos requeridos para la atención del paciente.

El sistema anterior permitía a la enfermería (encargada de la clasificación) determinar la gravedad, guiarse por signos y síntomas, elaborar aquellas preguntas que consideraba pertinentes, y asignar un código de color, lo que conllevaba una gran variabilidad inter observador. El Triage Manchester es más estructurado, dirige a la persona encargada de la clasificación a un color determinado después de introducir un motivo de consulta (de los 52 posibles) y ciertos “discriminadores”, que consisten en una serie de preguntas cuyas respuestas siempre son sí/no.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar si se han reducido los tiempos de espera en el Servicio de Urgencias Generales del hospital Regional de Málaga Carlos Haya hasta la atención por parte del facultativo con la implantación del Sistema de Triage Manchester.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo realizamos un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo.

- Descriptivo: los datos obtenidos son utilizados con finalidades puramente descriptivas.
- Transversal: los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento
- Retrospectivo: el diseño del estudio es posterior a los hechos estudiados. Los datos se obtienen de archivo, de la historia clínica de cada paciente.
- Criterios de inclusión: personas atendidas en el servicio de Urgencias del Hospital de Regional Carlos Haya entre el 16 de Marzo de 2022 hasta el 30 de junio del 2022. La muestra se calculó sobre 5.754 pacientes, que fueron los atendidos en ese periodo.

- Criterios de exclusión: aquellos pacientes derivados a urgencias al servicio de ginecología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, pediatría y aquellos atendidos en el servicio de consultas ambulatorias.

Variables a recoger:

1. Tipo de triaje: cualitativa nominal;
 - Triage convencional del Hospital de Valdepeñas
 - Triage Manchester
2. Código de color: cualitativa nominal
 - Rojo
 - Naranja
 - Amarillo
3. Hora de llegada al Servicio de Urgencias: cuantitativa continua; hora registrada por el servicio de admisión.
4. Hora de triaje: cuantitativa continua; hora en la que se realiza una clasificación por parte del personal de enfermería.
5. Hora de atención: cuantitativa continua; hora registrada en la historia clínica en la que se realiza una atención por parte del facultativo.
6. Hora de alta: cuantitativa continua; hora recogida en la hoja de Urgencias como alta del paciente.
7. Sexo: cualitativa nominal.
 - Masculino
 - Femenino
8. Edad: cuantitativa discreta; número de años
9. Motivo de consulta: cualitativa nominal; se agrupará dentro de los 52 motivos recogidos dentro del STM.
10. Pruebas complementarias: cualitativa nominal; si/no.
 - Pruebas analíticas
 - Radiografía
 - Ecografía
 - Tomografía axial computarizada (TAC)
 - ECG (electrocardiograma)
11. Medicación: cualitativa nominal; si/no. Se incluye cualquier medicación independiente de la vía de administración.
12. Motivo de alta: cualitativa nominal
 - Ingreso
 - Traslado a otro hospital
 - Alta a domicilio
 - Exitus

4 Resultados

Se analizaron un total de 200 historias, 100 por cada tipo de triaje.

1. DEMOGRÁFICOS

1.1 Sexo:

En el presente estudio la distribución fue la siguiente:

- 85 hombres
- 115 mujeres

Si comparamos por tipo de triaje:

- Triage convencional: 54 mujeres y 46 hombres
- STM: 51 mujeres y 49 hombres

No hay diferencias significativas entre un tipo de triaje u otro.

1.2 Edad:

La edad media fue de $65,66 \pm 19,2$ años con un rango entre 14 y 92 años. La distribución de edades fue la siguiente:

La edad media por sexos es de $65,67 \pm 18,3$ en hombres y de $65,65 \pm 19,9$ en mujeres.

Si comparamos por tipo de triaje utilizado:

- Triage convencional: la media de edad es de $68,3 \pm 18,7$ años
- STM: $62,9 \pm 19,2$ años.

No hay diferencias significativas entre cada tipo de triaje.

2. CÓDIGO DE COLOR

En cuanto a los códigos de color en el triaje convencional un 69% fueron amarillos y un 31% rojos.

En el triaje Manchester un 66% fueron amarillos, un 34% naranjas y no hubo ningún código de color rojo.

Los tiempos medios de espera hasta la atención médica por código de color son los siguientes:

- Triage convencional: o Código amarillo: $106 \pm 96,5$ minutos o Código rojo: $29,5 \pm 15,8$ minutos
- STM: o Código naranja: $37,5 \pm 36,6$ minutos o Código amarillo: $68,3 \pm 62,7$ minutos

Si analizamos aquellos casos con código de color amarillo y los tiempos de espera según el sistema de triaje utilizado:

1. El tiempo medio de espera hasta la realización de un triaje:

- Triage convencional: $5,5 \pm 4,2$ minutos.
- STM: $10,9 \pm 10,1$ minutos.

Se encuentran diferencias significativas con un valor de $p = 0,0$.

2. Tiempo medio hasta la atención médica:

- Sistema convencional: $106=96,5$ minutos.

- STM: $68,3\pm 62,7$ minutos.

En este caso también se han encontrado diferencias significativas con una $p=0,008$.

Y, por último, también están presentes en el tiempo total en el SUH:

- Triage convencional: $339,3\pm 160,6$ minutos.

- STM: $254,9\pm 141,2$.

En este caso la significación es de $p=0,002$.

Al contrario de lo que ocurre con el tiempo de espera hasta la realización de una clasificación, la cual aumenta con la implantación del STM en cifras significativas, pasando de 5,4 a 10,3 minutos. Esto se justifica con la complejidad en el uso de un sistema informático novedoso en este proceso y con la necesidad de tiempo para la familiarización con el programa; también es propiciado por ser este más específico que el anterior, y es posible que esta demora derive en una mejor clasificación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Todos los datos obtenidos para este capítulo indican que el cambio de sistema de triaje hace que, aunque se tarde más en su realización, consigue descongestionar el servicio de Urgencias Generales, y por tanto disminuir los tiempos de espera hasta la atención médica, porque gran parte de patologías banales quedan en consultas ambulatorias, es decir, los pacientes entran dentro de los códigos de color verde o azul.

A su vez, se puede apreciar que el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias Generales del Hospital Regional Carlos Haya se ha reducido hasta ser atendidos por parte del facultativo con la utilización del Sistema de triaje Manchester.

Todo ello conlleva a la disminución de tiempo en la estancia en dicho servicio gracias a la implantación del STM.

6 Bibliografía

1. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*.2010; 33 (Supl 1): 55-68.
2. Ganley L, Gloster AS. An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*. 2011; 26 (12):49-56.

3. Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emerg.* 2003; 15: 165-174.
4. Unidad de información del Hospital Regional de Málaga. Cuadro de Mandos del Hospital de Regional Carlos Haya. Año 2022.

Capítulo 59

HIGIENE EN EL PACIENTE CRÍTICO, ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ

CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO

PAULA JARA GARCÍA

MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEG0

MYRIAN CARCELEN RODENAS

1 Introducción

La higiene es una acción fundamental y diaria que consiste en el conjunto de actividades necesarias para mantener en condiciones óptimas los dientes, cabello, piel etc. Este procedimiento se realiza siguiendo un orden con el fin de evitar la dispersión de organismos de un aérea a otra. En cuanto a los objetivos a conseguir con dicha acción se encuentran: observar cualquier signo objetivo de la aparición de un problema, prevención de UPP, incrementar el bienestar del paciente, eliminar detritus, prevenir la aparición de infecciones, fomentar la relación de ayuda y acción comunicativa y estimular la circulación sanguínea entre otras. Este procedimiento requiere unas consideraciones en pacientes críticos donde la situación vital está comprometida (traumatismos craneoencefálicos, torácicos, patologías cardiacas etc..) sumando también la presencia de diversos materiales

como tubos endotraqueales, sondas, drenajes etc... Es significativo reiterar que una acción formativa previa y la presencia de protocolos basados en acciones estandarizadas con amplio peso científico constituyen una referencia para los futuros profesionales y profesionales que trabajan en estas unidades. Por todo lo anterior, me parece relevante realizar este proyecto de investigación que tiene como objetivo determinar el nivel formativo en la realización de la higiene del paciente crítico en futuros profesionales de enfermería.

2 Objetivos

Determinar el nivel formativo en la realización de la higiene del paciente crítico en futuros profesionales de enfermería.

Identificar las acciones menos conocidas en la realización de la higiene del paciente crítico 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/POBLACION: Facultad De Enfermería. La población total ascenderá a 50 participantes.

CRITERIOS DE INCLUSION: 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 EXCLUSION: 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 ETICAS

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. González-Méndez, M. I., & López-Rodríguez, L. (2017). Seguridad y calidad en la atención al paciente crítico. *Enfermería Clínica*, 27(2), 113-117.
2. Carvajal Carrascal, G., & Montenegro Ramírez, J. D. (2015). Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enfermería global*, 14(40), 340-350.
3. Masnou Brichs, L. (2015). Cambios hemodinámicos en el paciente crítico antes, durante y posteriormente a la higiene y/o movilización.
4. Robles Rangil, M. P., Córcoles Gallego, T., Torres Lizcano, M., Muñoz Ruiz, F., Cantos de la Cuesta, Y., Arias Rivera, S., ... & Alía Robledo, M. I. (2002). Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. *Enferm. intensiva* (Ed. impr.), 47-56.

Capítulo 60

NEUMONÍA ZERO, NIVEL FORMATIVO DEL FUTURO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO

MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEGO

MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ

MYRIAN CARCELEN RODENAS

PAULA JARA GARCÍA

1 Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) suponen un gran reto para los profesionales de enfermería. Dichas unidades especializadas en el paciente crítico, son referentes de múltiples técnicas para reducir la mortalidad de los pacientes que requieren ser ingresados en estas unidades por diversas patologías. Una de ellas es la intubación endotraqueal, que consiste en una técnica invasiva que tiene como objetivo aislar la vía aérea con un dispositivo (tubo endotraqueal) por diversas situaciones como puede ser un trabajo respiratorio marcado, Glasgow inferior a 8, insuficiencia respiratoria etc... Aquí toma gran importancia la ventilación mecánica invasiva (VMI) y sus complicaciones infecciosas vinculantes como son en este caso, las neumonías asociadas a la ventilación mecánica invasiva. Hemos

de reseñar, que las infecciones nosocomiales, también llamadas infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria crean un aumento significativo de la mortalidad y costes en el ámbito hospitalario. Por todo esto, se han desarrollado diferentes protocolos que marcan una actuación estandarizada para todos los profesionales. Haciendo referencia a disminuir esta problemática vinculada a la VMI, nace el proyecto Neumonía-Zero, donde su creación está influenciada por un grupo de expertos (SEMICYUC, Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), Asociación Española de Enfermería de Prevención y Control de Infecciones (AEEPycI) y Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene) bajo un fundamento científico con el objetivo de reducir la media estatal de la densidad de Incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva a menos de siete episodios por mil días de ventilación mecánica. Por todo lo anterior, me parece relevante, realizar este proyecto de investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre el proyecto Neumonía-Zero en futuros profesionales de enfermería.

2 Objetivos

Determinar el nivel de conocimientos sobre el proyecto Neumonía-Zero en futuros profesionales de enfermería.

Identificar los puntos menos conocidos sobre el proyecto Neumonía-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/POBLACION: Facultad De Enfermería. La población total ascenderá a 100 participantes.

CRITERIOS DE INCLUSION: 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 EXCLUSION: 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 ETICAS

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. Aumente Rodríguez, B., Beneitez García, T., & Cuervo Fonseca, A. (2022). Eficacia de la aplicación del "Proyecto Neumonía Zero".
2. 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.
3. Fuentes-Escribano, C. (2015). Estudio de la aplicación del protocolo neumonía zero frente a neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV).
4. Modroño Liz, M. (2020). Prevención de infecciones nosocomiales en unidades

de cuidados intensivos en España.

5. Pujante-Palazón, I., Rodríguez-Mondéjar, J. J., Armero-Barranco, D., & Sáez-Paredes, P. (2016). Prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, comparación de conocimientos entre tres unidades de críticos. *Enfermería Intensiva*, 27(3), 120-128.

6. González, N. A., & Viguria, R. G. (2012). Revisión de conocimientos sobre los cuidados en la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*, 23(4), 189-193.

Capítulo 61

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA, FORMACIÓN Y ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEGO

MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ

MYRIAN CARCELEN RODENAS

CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO

PAULA JARA GARCÍA

1 Introducción

Las emergencias según la OMS son definidas como “una situación médica en la que la vida y la salud del paciente se enfrentan a una amenaza inmediata”. Múltiples situaciones las engloban, siendo la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE) una de ellas, donde los profesionales y la población en general requieren una acción formativa para su abordaje y resolución. Este suceso es significativo por representar una letalidad que se manifiesta principalmente en menores de un año (primera causa de muerte accidental) con un riesgo mantenido hasta los 3 años. Atendiendo al tipo de obstrucción (parcial o total), la actuación del profesional tomará un camino u otro. Diversas guías publicadas contemplan actuaciones compartidas donde se relatan puntos importantes

a seguir como son el mantenimiento de la calma, la importancia de realizar adecuadamente los golpes interescapulares y las compresiones abdominales y alertar a los servicios de emergencias entre otros. Finalmente, hay que matizar que los profesionales de la salud tenemos el deber formativo para nuestro desarrollo profesional y sobre todo, por nuestro compromiso con la sociedad. Por todo lo anterior, me parece relevante realizar este proyecto de investigación que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos del equipo de enfermería en la actuación de la OVACE.

2 Objetivos

Determinar el nivel de conocimientos del profesional de enfermería en la actuación de la OVACE.

Identificar las acciones más conocidas y desconocidas en la en la actuación de la OVACE por el equipo de enfermería.

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, categoría, experiencia profesional, formación durante el último año etc...

ÁMBITO/POBLACIÓN: Hospital General. La población total ascenderá a 200 profesionales (100 TCAE y 100 Graduados de Enfermería). El tipo de muestreo será aleatorio simple.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN: Personal de enfermería con situación laboral activa en los diferentes servicios vinculados al paciente adulto (Planta 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. Pasadas, M. Z., & Pérez, L. F. T. (2021). OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR UN CUERPO EXTRAÑO (OVACE). *Revista Infancia y Salud*, 3(1), 9-9.
2. FLORES VAZCONEZ, L. E. (2022). CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PRIMEROS AUXILIOS EN OVACE Y PCR EN ESTUDIANTES DE TERCERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA “HERLINDA TORAL” DE CUENCA ECUADOR (Doctoral dissertation).
3. MUÑOZ GUTIERREZ, M. K. (2020). NIVEL DE CONOCIMIENTO DE OBSTRUCCIÓN DE VÍAS AÉREAS POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE) EN LOS ESTUDIANTES DEL IV AL VIII CICLO DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2019.
4. Martínez, J. M. M. (2007). El atragantamiento extrahospitalario: estudio epidemiológico, prevención y abordaje del problema en la comunidad de Madrid (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
5. Cabanes Ramal, D. (2020). Los adolescentes también pueden salvar una vida.

Capítulo 62

LA ACTUACIÓN EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO

PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ

CLARA EUGENIA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

La violencia de género sigue siendo un problema real en la sociedad y reaparece cada día, es un problema actual a pesar de los intentos de organismos internacionales y nacionales por erradicarlo, aunque estos actos han sido regulados y sancionados con pena aunque en diferentes La igualdad de mujeres y hombres es reconocido en documentos legislativos, a pesar de la exclusión social generalizada que genera esta violencia, y a pesar del esfuerzo de muchos grupos, asociaciones y movimientos sociales como el feminismo, que persisten y trabajan para erradicar estas violaciones de los derechos humanos y la dignidad humana y tradicional. El mandato de género de las mujeres se perpetúa contribuyendo a las desigualdades, recreando así sistemáticamente la violencia contra las mujeres por el mero hecho de ser mujeres.

La mayoría de las mujeres tienen alguna vinculación con los servicios de salud a lo largo de su vida, ya sea por embarazo, exámenes o acompañamiento de familiares, y se reconoce la responsabilidad del sector salud en la prevención de enfermedades. La capacitación es fundamental para todo tipo de personas porque los sistemas de salud deben contar con personal preparado para detectar este tipo de casos y contar con las herramientas y técnicas adecuadas para hacerlo.

2 Objetivos

Analizar las medidas que existen actualmente en nuestra sociedad para prevenir la violencia de género que están vinculadas a todo personal que trabaja en una entidad pública.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión integrada, basada en una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y páginas webs oficiales como pubmed, scielo y se han utilizado palabras clave en la búsqueda como: violencia de género, sanidad pública, acoso, abuso, etc..

4 Resultados

Para revertir el aumento del número de víctimas de violencia de género es necesario actuar en distintos ámbitos. El trabajo de un equipo interdisciplinario de profesionales sanitarios y no sanitarios en el sistema público de salud es un ejemplo importante de atención integral a mujeres maltratadas.

La contribución del personal no sanitario en este tema se basa en la atención y tutorización de mujeres maltratadas en el hospital, la detección de síntomas físicos y psicológicos, la comunicación de cualquier síntoma de maltrato al resto de profesionales del equipo (esto es posible porque la formación continua les da poder y nuevas habilidades para mejorar la comunicación con las víctimas, así mismo, trabajan con otros miembros del grupo para mantener actualizados los registros de salud relacionados con la violencia con el fin de profundizar en el tema.

La violencia de género en nuestra sociedad es un problema estructural. En la larga historia de vida de las mujeres, se ha invisibilizado y normalizado, alcanzando cierto nivel de inclusión social. No se trata solo de situaciones de agresividad, sino que las mujeres han enfrentado y enfrentan situaciones de privación de libertad, dominación económica, exclusión del debate público, aumento de barreras o prohibición de formación académica y por ende de acceso al saber y saber. Esta posición secundaria en la sociedad otorga al hombre una posición privilegiada y asume los valores inherentes al género. Esto continúa hasta el día de hoy, cuando este tipo de violencia ya era considerada un problema de salud pública.

Lo que permite que la violencia de género perdure hasta el día de hoy se basa en la organización social en la que se nos asignan roles dependientes del género desde

la infancia que permiten interferir en futuras relaciones. Una mujer puede caer en una situación en la que pierde el sentido de la presencia, deja de ser ella misma y se vuelca al cuidado de la familia, dejando de lado sus proyectos y relaciones externas.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios y no sanitarios deben tener conocimientos adecuados sobre detección, reconocimiento y prevención de la violencia de género y ser capaces de profundizar su vínculo con las víctimas a través de la escucha activa y empática, la investigación en profundidad sobre las formas y condiciones de vida de las víctimas de violencia y sus problemas y situación familiar con el fin de obtener un diagnóstico adecuado.

También se debe considerar siempre a las mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad, como las mujeres migrantes, las mujeres mayores, las mujeres que viven en zonas rurales, las mujeres que viven con el VIH o aquellas con alguna discapacidad física o psíquica.

La erradicación de la violencia de género requiere la participación de toda la sociedad y la adopción universal de medidas preventivas dentro de nuestras capacidades.

Las recomendaciones para abordarlo debemos de detectar los casos de manera temprana y proporcionar a las víctimas los recursos y servicios disponibles para promover su seguridad y autonomía.

6 Bibliografía

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

.

Capítulo 63

ADRENALINA INTRAMUSCULAR SIEMPRE EN ANAFILAXIA

MARIA VICTORIA IBARRULA GLERA

1 Introducción

La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad grave y sistémica, que aparece de manera rápida y puede ser letal si no se trata de forma inmediata y enérgica. Se ocasiona por el contacto con un alérgeno que puede ser un alimento, un medicamento o la picadura de un insecto entre otros. Los niños, sobre todo hasta los dos años son los mas afectados y la causa más importante son los alimentos. En la edad adulta la principal causa son los fármacos. En un alto porcentaje de casos se desconoce cual es el alérgeno (causa idiopática)

El sistema inmunitario se sensibiliza en su primer contacto con el alérgeno y cuando se expone de nuevo se produce la reacción anafiláctica, aunque en algunos casos la anafilaxia se puede producir en la primera exposición al alérgeno. En España se estima que se producen al año entre 20000 y 50000 anafilaxias, de las cuales fallecen entre 10 y 1000 personas al año, parte de ellas niños y jóvenes sin patologías previas y que se podrían evitar con un rápido diagnóstico y tratamiento. Los datos sobre la incidencia no son muy fiables ya que no se diagnostica con exactitud y muchas veces el tratamiento no es el más adecuado.

2 Objetivos

- Buscar evidencias sobre la importancia de la administración precoz de adrenalina intramuscular en la anafilaxia.

- Repasar la clínica de anafilaxia para establecer sin demora el diagnóstico y aplicar el tratamiento de forma precoz.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos: Pubmed, Dialnet y Google académico. Las palabras clave utilizadas fueron: anafilaxia, adrenalina y shock combinados con el operador booleano AND. Se seleccionaron artículos de texto completo en español y publicados desde 2016 hasta 2022

4 Resultados

El diagnóstico de la anafilaxia se realiza a través de la clínica. Se sospechará cuando los síntomas sean repentinos y empeoren rápidamente. Con uno de estos criterios tenemos que activar el protocolo de anafilaxia:

1. Aparición aguda de lesiones cutáneas y/o mucosas (habones, urticaria, angioedema, prurito incoercible, eritema, sofoco, edema de labios, úvula o lengua), asociado a síntomas respiratorios (taquipnea, disnea, afonía, sialorrea, cianosis, sibilancias, estridor, hipoxemia, tos, estornudos) o a hipotensión.
2. Inicio brusco de dos o más de los siguientes síntomas tras exposición a un potencial alérgeno: síntomas cutáneos, respiratorios, hipotensión o síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, vómitos, náuseas y diarrea)
3. Hipotensión brusca (descenso de más del 30% con respecto a la tensión arterial basal) tras exposición a un alérgeno conocido.

Estabilización inicial:

- Apartar el alérgeno causal (suspender fármaco, retirar aguijón, retirar restos de alimento de la boca sin provocar el vómito)
- Activar el sistema de emergencias, 112 o 061
- Posición del paciente:
 - Trendelenburg si hay hipotensión o inestabilidad hemodinámica (no si hay vómitos o disnea)
 - Decúbito lateral en pacientes inconsciente que respiran.
 - Decúbito lateral izquierdo en mujeres embarazadas.
 - Posición de Fowler si hay disnea.
 - Evitar que esté de pie, así como los cambios posturales bruscos.
 - Administrar adrenalina intramuscular: en adultos 0,3 - 0,5 mg en la cara anterolateral del muslo y en niños 0,01 mg/kg

- Garantizar el ABCDE (permeabilidad de la vía aérea, ventilación, circulación y estado neurológico).
- Evaluación clínica y constantes vitales. Monitorización de tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y electrocardiograma.
- Oxigenoterapia a alto flujo para lograr saturaciones de más del 95%
- Canalizar un acceso venoso periférico, mejor de grueso calibre.
- Reponer fluidos infundiendo suero fisiológico 20ml/kg cada 5-10min en niños y 1-2 l/h en adultos.
- Si aparece broncoespasmo se administrará nebulización de salbutamol
- Si existe estridor, valorar la nebulización de adrenalina

Síntomas refractarios:

- Repetir adrenalina intramuscular cada 5-10 min (máximo 3 veces)
- Glucagón en paciente que toman betabloqueantes
- Valorar perfusión de adrenalina con una dosis de inicio: 0,5-1ml/kg/hora hasta dosis máxima, 6ml/kg/hora. Aumentar progresivamente hasta conseguir mejoría de la presión arterial y de la perfusión.
- Atropina si la bradicardia se prolonga
- Dopamina y noradrenalina si continua con hipotensión.

Valorar tratamiento adyuvante: corticoides + antihistamínicos. Los antihistamínicos son útiles para mejorar el prurito y la urticaria. El uso de corticoides es poco útil para el tratamiento de la fase aguda del shock anafiláctico, pero puede prevenir la fase tardía de la anafilaxia.

No utilizar corticoides en lugar de la adrenalina como fármaco de primera línea

5 Discusión-Conclusión

Lo fundamental en el tratamiento de la anafilaxia es el rápido reconocimiento de los signos y síntomas y administrar la adrenalina vía intramuscular de manera inmediata, sin dar lugar a la instauración del shock

Los demás fármacos, aquí son secundarios.

La adrenalina siempre está indicada en la anafilaxia, no tiene contraindicaciones absolutas en este ámbito y es un fármaco seguro cuando se emplea en las dosis recomendadas.

Cuando se retrasa su administración la reacción alérgica evoluciona en severidad y se hace más resistente al tratamiento.

La bibliografía señala la importancia de trasladar al paciente de forma inmediata a un servicio de urgencias, preferiblemente activando antes el sistema de emergencias, pero siempre tras aplicar el tratamiento inicial.

Todos los centros sanitarios deben de disponer de protocolos de actuación para el manejo inicial de la anafilaxia y los profesionales sanitarios deben de tener formación y entrenamiento para su identificación precoz y el manejo de la adrenalina. Lo ideal sería un “código anafilaxia”, que ya se aplica en algunos hospitales españoles, puesto que la inmediatez de la actuación va a determinar la evolución del paciente.

Tras tener por primera vez una anafilaxia está indicado que disponga de autoinyectores de adrenalina por el alto riesgo de repetición. Debe acudir al especialista para hacer un diagnóstico definitivo y evitar nuevos episodios.

6 Bibliografía

1. Giménez AS, Ortego RS, Aliaga Y, Abadía IG, Muñoz AD. Protocolo de actuación ante anafilaxia en edad pediátrica. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria. 2020;50(3):117-21.
2. Belloso P, Supervia A, Del Bano F, Bosch L, Pallas O, Escolano F. Anafilaxia en un servicio de urgencias: características y factores relacionados con la gravedad. EMERGENCIAS. 2021 1 de junio; 33 (3): 241-3.
3. Cardona V, Cabañes N, Chivato T, De la Hoz B, Fernández Rivas M, Gangoiti Goikoetxea I, Guardia P, Herranz Sanz MA, Juliá Benito JC, Lobera Labairu T, Praena Crespo M. Guía de actuación en anafilaxia. Galaxia. 2016.
4. Salvador JF, Giménez-Arnau AM, de la Fuente EG, del Castillo JG, Virto AM, Blanco IM, Serra-Baldrich E, Llorens P. Manejo de la urticaria en urgencias: recomendaciones de un grupo multidisciplinar de expertos. Emergencias. 2021 Jun 8;33(4).

Capítulo 64

ENFERMERIA: COMPORTAMIENTOS ALIMENTARIOS EN LA BULIMIA NERVIOSA

MARIA CRISTINA PEREZ MAHIA

1 Introducción

Se define como una pérdida total del control sobre la conducta alimentaria, lo que provoca un consumo excesivo de alimento en un periodo de tiempo muy corto, que compensan con conductas que evitan el aumento de peso: práctica de ayuno, ejercicio físico intenso, vómitos autoinducidos, uso de laxantes, etc.

En este caso, tampoco existe un desencadenante principal de la enfermedad, aunque sí podemos nombrar una serie de factores que la favorecen:

- Se da mayoritariamente en el sexo femenino y hacia los 20 años, aproximadamente.
- Suelen ser personas que han padecido obesidad o sobrepeso o que han estado constantemente a dieta.
- Autoestima baja e insatisfacción de la imagen corporal.
- Estatus social medio-alto.
- Estudiantes universitarios con un buen nivel cultural.
- Consumo frecuente de alcohol, anfetaminas u otras drogas debido a la pérdida de control que presentan.
- Suelen robar comida o, en su caso, dinero para poder comprarla.

Afecta especialmente a las mujeres adolescentes y adultas jóvenes.

Los varones son menos propensos a padecer este tipo de enfermedad, aunque el número va aumentando.

La edad en la que suele aparecer es más elevada que en la anorexia nerviosa, siendo el rango de entre los 12 y los 35 años, aunque el momento de máxima aparición es sobre los 24.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario cuales son los comportamientos alimentarios en la bulimia nerviosa

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

Clínica

En las personas que la padecen se pueden observar cambios en la conducta y cambios cognoscitivos derivados de problemas patológicos. Presentan, además, alteraciones secundarias, como practicar en ocasiones actividades purgativas.

Comportamientos alimentarios

El modelo de conducta a la hora de comer suele ser desordenado. Entre los distintos patrones, encontramos:

- Atracones fuera del horario de comidas, ya que durante las mismas la persona sigue una dieta muy restrictiva.
- Suelen realizarse justo después del almuerzo, pero especialmente por la noche.
- Ingesta muy larga durante la primera comida del día. Una vez que pasa el mediodía, suele ser muy elevada y con predominio de alimentos muy densos energéticamente
- Ingesta de forma compulsiva y descontrolada. Únicamente paran cuando se sienten muy pesados o alguien los sorprende.
- Comen todo tipo de comida, incluso aunque esta pertenezca a otra persona.

- Tras la ingesta compulsiva, sienten una enorme culpabilidad, lo que a veces puede derivar en que se provoquen el vómito.
- Las ingestas compulsivas pueden ser alternas con días de ayuno o dietas muy restrictivas.
- Esconden alimentos en distintos lugares de la casa para poder consumirlos posteriormente ante una pérdida de control y la necesidad irremediable de ingerir alimentos.
- Suelen beber elevadas cantidades de bebidas poco azucaradas.
- Consumen de forma compulsiva alimentos que aún están congelados, ya que no disponen de alimentos que se puedan ingerir en el momento o no tienen tiempo para que se dé el proceso de descongelación. También ocurre algo parecido con alimentos que han sido desechados por mal estado o porque se haya cumplido la fecha de caducidad: los ingieren de forma descontrolada, porque así tienen un motivo para llevar a cabo una conducta purgativa.
- Evitan comer acompañados de otras personas, ya que estas suelen cuestionar su conducta alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario cuales son los comportamientos alimentarios en la bulimia nerviosa.

Se ha definido la bulimia nerviosa como una pérdida total del control sobre la conducta alimentaria, lo que provoca un consumo excesivo de alimento en un periodo de tiempo muy corto, que compensan con conductas que evitan el aumento de peso.

Además se desconoce cual es la etilogia de esta enfermedad pero en cambio, en cuanto a la prevalencia se sabe que afecta principalmente a las mujeres.

En cuanto a los comportamientos se encuentran algunos como atracones, ingestas compulsivas y pérdida de control sobre el apetito.

6 Bibliografía

1. LA BULIMIA NERVIOSA - Sandhya Pruthi, M.D. (20 de Noviembre 2018) <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bulimia/symptoms-causes/syc-20353615>
2. DIAGNOSTICO DE LA BULIMIA NERVIOSA - Julia Vidal Fernandez (Abril 2022) <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/bulimia#>

Capítulo 65

METRORRAGIA POR HEMATOMA RETROPLACENTARIO EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

SILVIA COTARELO PRIETO

1 Introducción

Las metrorragias en el primer trimestre del embarazo son las que se producen durante las primeras 12 semanas de gestación. Se manifiesta a través de un manchado o sangrado vaginal.

Al ser patológica, aunque frecuente, se deben estudiar las causas que están produciendo ese sangrado, así como prestar atención al aspecto psicológico de la gestante y su pareja, por el estado de nerviosismo y ansiedad en que se suelen encontrar.

En un porcentaje de entre el 15-30 % de los embarazos se pueden producir estas metrorragias del primer trimestre, aunque los datos nos evidencian que, según parece debido al uso de cada vez más técnicas de reproducción asistida, como a un aumento en la edad de las madres, los sangrados en esta etapa de la gestación son cada vez son más frecuentes.

Nos encontramos que en embarazos espontáneos o naturales se dan en un 11 % de los casos, duplicándose la incidencia (22,4 %) en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida.

Los hematomas uterinos son la causa principal de estas metrorragias en el primer trimestre de gestación, pero cabe destacar que en ocasiones no se llega a producir ningún sangrado a pesar de existir el hematoma.

El sangrado puede ser muy distinto en cuanto a cantidad y color, dependiendo de la zona concreta y de la propia paciente.

Siempre que se produzca un sangrado en el embarazo, habrá que consultarlo con el servicio de ginecología, la matrona o acudir a urgencias para realizar un control.

En general desaparecen solos, sobre todo si su tamaño es pequeño o moderado.

2 Objetivos

Presentar el caso de una paciente en la semana 11 de embarazo con hematoma retroplacentario.

3 Caso clínico

Mujer primigesta, de 29 años, con un solo embrión con CRL de 36 mm y latido cardíaco positivo.

Acude a urgencias ginecológicas por metrorragia que no cede, asociado a la gestación.

Placentación izquierda.

Hematoma retroamniótico y retroplacentario.

El sangrado comenzó siendo rojizo, siendo en la actualidad de aspecto más marrónáceo, líquido e intermitente, más leve que el menstrual y de cantidad leve.

En la ecografía se observa un hematoma retroplacentario.

La paciente tiene tratamiento de progesterona vaginal, por lo cual el sangrado puede estar ocasionado por la rotura de vasos del espesor placentario.

No fiebre, tensión arterial 118/62, levísima molestia abdominal, se hace tira orina sin ningún resultado de interés (leve positivo a leucocitos que no es significativo, debido a la mínima presencia de sangrado).

No presenta mareos, frecuencia cardíaca en torno a 60- 62, no disnea ni debilidad.

Analítica de sangre (hemograma y bioquímica) con valores normales, con parámetros de hemoglobina y hematocritos con leve alteración común dentro del primer trimestre de gestación.

El plan propuesto es reposo en el domicilio, sin realizar esfuerzos ni movimientos bruscos.

Puede caminar por casa y hacer tareas ligeras, pero llevar una vida muy relajada.

Abstinencia sexual.

Evitar el estreñimiento.

Se insiste en la importancia del reposo, pues de esta manera es como los hematomas se reabsorben y desaparecen espontáneamente.

Como dicha reabsorción suele ser proporcional a la magnitud del hematoma y en este caso es leve, se pauta una visita de control en 2 semanas, pero se indica a la paciente que, ante cualquier duda, complicación, empeoramiento, aumento de sangrado, dolor, etc... acuda al servicio de urgencias del hospital para valorar otro tratamiento o su ingreso para control por parte del equipo de ginecología y obstetricia.

4 Discusión-Conclusión

Aunque en primer lugar, conviene no alarmarse, ya que no todos los sangrados son peligrosos, es ineludible el acudir a que se preste atención sanitaria.

Estos hematomas suelen cursar favorablemente en más del 70 % de los casos.

El sangrado puede deberse a múltiples factores, como que el cuello del útero se inflame.

Siempre que se produzca un manchado o sangrado en el primer trimestre del embarazo (12 primeras semanas), se debe acudir a la consulta de ginecología, o a urgencias hospitalarias para descartar y anteponerse a cualquier complicación posterior.

El ginecólogo podrá confirmar que todo discurre en términos normales y se puede descartar cualquier problema en el embarazo.

Hemos de mencionar que las metrorragias también se pueden producir en fases más avanzadas del embarazo, pero en ese estadio ya suele presentar peor evolución (complicación placentaria, parto prematuro, infecciones graves, sangrados más excesivos, pérdida del feto).

También se recuerda, como se ha visto en la exposición previa a este caso clínico, que un hematoma uterino durante el primer trimestre de la gestación no siempre produce sangrado.

5 Bibliografía

1. <https://inebir.com/hematomasyembarazo/>.
2. <https://www.mimatronaonline.com/metrorragias-primer-trimestre-embarazo/>.

Capítulo 66

ATENCIÓN AL PACIENTE CON ICTUS

VANESA GONZÁLEZ CARBAJAL

1 Introducción

El ictus tiene una gran importancia sociosanitaria ya que es una de las causas más importantes de discapacidad en la población occidental. La forma que se conoce que da mejor resultado en el tratamiento y recuperación de la persona que sufre un ictus son la detección precoz de los síntomas y una rápida intervención de los servicios sanitarios de las unidades especializadas en ésta patología.

Se denomina ictus “al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo.” Los ictus isquémicos son los mas abundantes mientras que los hemorrágicos que son causados sobre todo por hipertensión arterial o malformaciones vasculares y tratamientos anticoagulantes son menos abundantes aunque poseen una mayor mortalidad.

Las características principales del ictus son su presentación brusca y el poco tiempo del que se dispone para actuar ya que el tejido cerebral sobrevive muy poco tiempo sin flujo sanguíneo.

El estilo de vida de la persona es muy importante en la posible presentación del ictus ya que llevar un estilo de vida poco saludable aumenta el riesgo de aparición de la enfermedad. Conocer cómo se presentan los síntomas y cómo pedir ayuda inmediatamente es muy importante para una correcta atención precoz e intentar que las consecuencias no sean graves.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer los factores de riesgo de presentación del ictus y su prevención.

Objetivos secundarios:

- Dar a conocer sus principales síntomas.
- Presentar lista de cuidados que puede precisar el paciente que ha sufrido un ictus.

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

Entre los factores de riesgo que pueden favorecer la presentación del ictus tenemos los siguientes:

- La edad, pues el riesgo de padecer un ictus aumenta de forma significativa a partir de los 60 años.
- El género. En general el ictus es mas frecuente en hombres que en mujeres.
- Haber sufrido un ictus con anterioridad.
- Antecedentes familiares.
- La hipertensión arterial, es el factor de riesgo mas importante de todos.
- La Diabetes Mellitus mal controlada.
- Sufrir de fibrilación auricular.
- Nivel de colesterol y triglicéridos en sangre elevado (por peligro de aterosclerosis).
- La obesidad.
- El consumo de tabaco aumenta en un 50% el riesgo de sufrir un ictus en ambos sexos.
- El consumo elevado de alcohol.
- Consumo de drogas.
- Uso de anticonceptivos orales.

Para prevenir la presentación del ictus o evitar su repetición es importante actuar sobre los factores de riesgo modificables evitando hábitos nocivos como:

- El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- El sedentarismo.
- El consumo elevado de sal (eleva la presión arterial).

Igualmente importante es la introducción de hábitos de vida saludables como:

- Llevar una dieta baja en calorías.
- Realizar actividad física de manera gradual, de intensidad media y de manera regular.

Así mismo es muy importante un control regular en el centro de salud correspondiente de la tensión arterial, diabetes, colesterol, ritmo cardíaco etc. Primordial es también el tomar de manera adecuada la medicación indicada por el médico para el control de los factores de riesgo.

La principal característica en la presentación del ictus es que es repentina; los síntomas se presentan de forma brusca siendo los mas característicos los siguientes:

- Alteración de la percepción en un lado del cuerpo o de la cara.
- Dificultad para hablar o para entender a los demás.
- Pérdida repentina de la visión, total o parcial, en un ojo o en ambos.
- Falta de equilibrio, dificultad para andar.
- Dolor de cabeza repentino y de gran intensidad.

Ante cualquiera de éstos síntomas se debe de requerir atención sanitaria inmediata.

Los cuidados necesarios tras un ictus son particulares de cada paciente siendo básico un trato individualizado aunque podemos mencionar que generalmente los cuidados se pueden agrupar en:

- Higiene y cuidados de la piel: mantener una buena higiene es importante en orden de evitar infecciones y también para la autoestima del paciente, sobre todo en las personas que presentan incontinencia urinaria y fecal.
- Cuidados de la cavidad oral: es importante mantener una buena higiene oral así como mantener la boca y los labios hidratados.
- Prevención de úlceras por presión: debido a la inmovilidad que pueden sufrir estos pacientes es de vital importancia realizar los pertinentes cambios posturales.
- El vestido: Hay que incentivar la autonomía por lo que solo se ayudará cuando el paciente no pueda por si mismo.

- La incontinencia urinaria y/o fecal: es bastante habitual por lo que se debe reeducar el hábito y mantener un registro de diuresis y deposiciones usando sonda vesical si fuera preciso.
- Atención a la disfagia: la dificultad para tragar supone un alto riesgo de desnutrición, deshidratación, infecciones respiratorias por aspiración y de atragantamiento; factores a tener muy en cuenta para proveer de los cuidados necesarios para que esto no ocurra.
- Alteración del lenguaje: hay que dedicarle tiempo a la recuperación de la capacidad de comunicarse del paciente propiciando un ambiente tranquilo y dejándose asesorar por el logopeda.
- Movilizaciones y rehabilitación: dejando que el paciente haga por si mismo todo lo que pueda ayudándole lo mínimo se establecerán las rutinas de ejercicio adecuadas a cada caso.
- Salud psicoemocional: es muy habitual la alteración del estado de ánimo en los pacientes que sufren un ictus ya que su presentación repentina y repercusiones pueden ser difíciles de superar, pudiendo presentarse depresión, ansiedad, tristeza, irritabilidad, indiferencia etc. Hay que mantener una buena comunicación y si éstos síntomas persisten asistir a un especialista.

5 Discusión-Conclusión

Cuando una persona acude a los servicios sanitarios con síntomas de ictus una actuación rápida y coordinada es de vital importancia en orden de disminuir las nefastas consecuencias de la falta de riego sanguíneo en el cerebro.

Para prevenir su presentación la actuación en prevención primaria controlando los factores de riesgo vascular y en prevención secundaria para evitar la repetición de un nuevo ictus han resultado eficaces haciendo disminuir el número de pacientes que ingresan con esta dolencia en los hospitales.

Como hemos visto, en el desarrollo del ictus es básico el tiempo que pasa desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación del diagnóstico, por ello es de vital importancia que la población tenga a su alcance la información necesaria que le permita reconocer la presentación de los síntomas del ictus y acceda a una asistencia adecuada en el menor lapso de tiempo posible.

6 Bibliografía

1. Guía de cuidados para pacientes con ICTUS y personas cuidadoras. Servicio de Neurología de la Organización Social Integrada Araba. 2018 [Internet] Disponible

en <http://www.osiaraba.eus/infopacientes/documentos/servicios/neurologia/hojasinfo/cas/Gu%C3%Ada%20de%20cuidados%20para%20pacientes%20con%20ICTUS%20y%20personas%20cuidadoras.pdf/>.

2. Plan de cuidados de enfermería en el paciente con ictus. Servicio Aragonés de Salud. 2018 [Internet] Disponible en <https://www.aragon.es/documents/20127/89933908/Plan+de+cuidados+de+enfermer%C3%Ada+en+el+paciente+con+ictus.pdf/edd59051-910e-ac2b-ebca-171d8ef2743d?t=1622017984538/>.

Capítulo 67

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

NURIA CEPEDAL FERRER

1 Introducción

Se entiende por urgencia sanitaria a la presentación inesperada de un problema de salud de gravedad y causas variables que ocasiona una necesidad imperiosa de atención médica. En el servicio de urgencias se realiza un trabajo en equipo, muy bien coordinado y donde cada uno de los integrantes conoce perfectamente sus funciones. El Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería (TCAE) forma junto con los otros integrantes de la plantilla un equipo que atiende a los pacientes hasta su alta o traslado a la unidad.

El Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE) tiene unas funciones muy distintas dependiendo del servicio en el cual desempeñe su trabajo. Podemos hablar de que el servicio de urgencias hospitalarias es el área donde se unen todas las funciones ya que es el lugar donde se tiene contacto con patologías de todo tipo. Así como pacientes de todas las edades. Luego es el lugar idóneo para poner en práctica todos los conocimientos adquiridos.

Inicialmente, en el servicio de urgencias, el paciente es recibido por el TCAE una vez que ha pasado los servicios de admisión y triaje. Le identifica y acomoda, proporcionándole el confort necesario en todo momento, así como manteniendo la preservación de su intimidad.

Para valorar las necesidades, lo primero que debe observar el profesional sanitario es si el paciente es autónomo y continente. De no ser así, conocer su grado de dependencia para solventar sus necesidades en la medida de lo posible ya que el papel del TCAE se hace, si cabe, aun más importante con pacientes dependientes total o parcialmente. Esto es debido a que, en estancias prolongadas en el servicio, es de vital importancia la vigilancia de la aparición de úlceras por presión (UPP). Para ello, una vez que el paciente es recibido en el servicio de urgencias, se debe observar si existen algún tipo de lesión en la piel y de ser así comunicárselo al enfermero/a responsable.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los pacientes que ingresan en el servicio de urgencias del hospital.

Objetivos secundarios:

- Dar visibilidad al papel tan importante que desempeña el TCAE en el equipo multidisciplinar del área de urgencias de un hospital.
- Ser capaces de identificar los principales materiales e infraestructuras específicas del servicio de urgencias.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión ortográfica y bibliográfica basada en una búsqueda activa de literatura científica en las diferentes bases de datos como PubMed, Medline o Google Académico. Así como artículos publicados en diferentes revistas de ámbito científico.

Las palabras clave han sido: funciones TCAE, tareas TCAE, y personal de urgencias.

4 Resultados

El TCAE, es el profesional que más cercano está a las necesidades fisiológicas del paciente y quien se encarga de diferentes funciones como recoger muestras de esputo, orina, vómitos o heces, así como de controlar el volumen y número de excreciones llevando a cabo un exhaustivo registro.

En el servicio de urgencias y emergencias se encontrarán con múltiples enfermedades de diferentes etiologías y, por eso, deben existir protocolos muy estandarizados, necesarios para llevar a cabo determinadas técnicas y específicos para cada una de ellas. La función del TCAE es preparar tanto al paciente como el material que se va a utilizar durante el procedimiento. Material específico para cada técnica. Además de colaborar con el enfermero y médico responsable de dicho procedimiento. No sólo preparará el material, sino que es el responsable de la limpieza y envío al servicio de esterilización; de igual manera que será el encargado de recibirlo y ordenarlo a su llegada contabilizando el material que hay en cada una de las infraestructuras que conforman en servicio de urgencias y emergencias hospitalarias.

Otra de sus competencias en dicho servicio es el revisar todo el material de boxes, comprobando que todo funciona correctamente y de no ser así deberá anotar las incidencias existentes.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabora en la administración de medicación por vía oral y rectal, así como de los enemas de limpieza. Junto con el personal de enfermería, realizará la toma de constantes vitales, llevando a cabo el registro correspondiente. En el caso de ser necesario, la persona encargada de hacer el electrocardiograma es el TCAE. Colaborará, junto con todo el personal sanitario, en la correcta gestión de los residuos sanitarios, haciendo hincapié en la importancia de la eliminación de dichos residuos y en el conocimiento de los riesgos que dependen de ellos.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, estará encargado de hacer llegar la información a pacientes y acompañantes acerca de la normativa en cuanto al número de acompañantes, régimen de visitas, horarios y lugar de la atención médica.

Cuando el paciente atendido es dado de alta el TCAE tiene que supervisar el alta recogiendo todo el material utilizado, si es necesario y, de esta manera, dejando el box preparado para recibir al siguiente paciente.

Es importante que este profesional mantenga una comunicación constante con el enfermero, participando de forma conjunta en el plan de cuidados del paciente. En resumen, el TCAE colaborará en todas aquellas actividades, que sin ser de carácter profesional sanitario faciliten las tareas de los integrantes de su equipo siempre y cuando no se opongan a lo establecido en el estatuto marco.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del equipo multidisciplinar que trabaja en el servicio de urgencias determina la posterior evolución de los pacientes con patologías urgentes que lleguen al hospital. Todos y cada uno de los integrantes del equipo, desde el personal de limpieza, administrativo, son fundamentales y necesarios para una actuación eficaz. Es imprescindible unir criterios y protocolos facilitando el aprendizaje. De esta manera, se agiliza la estancia del paciente, se evitan posibles olvidos traduciéndose en protegerse de las reclamaciones que se pueden dar si no se hace lo establecido. Todo profesional del servicio de urgencias, al igual que cualquier otro profesional del ámbito sanitario debe mantener el secreto profesional. La enfermedad viene acompañada de una pérdida del bienestar tanto físico como psicológico. Es importante, por su cercanía con el paciente, que el TCAE sea una persona empática capaz de transmitir confianza y tranquilidad al paciente. Las funciones a gran escala del TCAE en el servicio de urgencias se podrían resumir en diferentes puntos, citando como ejemplo las siguientes funciones: el TCAE ayudará a la inmovilización y transporte del paciente, vestirá y desvestirá al paciente tanto al alta como al traslado, lo preparará para su exploración y toma de constantes vitales. Ayudará al paciente a la comida y administración de medicamentos por vía oral, rectal o tópica, excluyendo la vía parenteral, administración exclusiva del enfermero/a. También, colocará la pulsera identificativa de cada paciente, que deberá llevarla puesta durante su estancia en el centro.

6 Bibliografía

1. BOE.es - BOE-A-1995-13533 Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas [Internet]. Boe.es. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/04/07/546>.
2. Otero Bartolomé N, Ferrández EJ, Coto NP. Actuación del TCAE en el servicio de urgencia [Internet]. Congresosfnn.com. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-11_5e42cf800eb23_actuacindelTCAEenelserviciodeurgenci1.pdf.
3. Diseño y propuestas de mejora para el trabajo del personal sanitario en la unidad de atención al paciente crítico del Servicio de Urgencias - Repositorio Institucional de Documentos [Internet]. Universidad de Zaragoza. 2020 [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/96466>.

4. de Enfermería RM y. El TCAE en el servicio de urgencias. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2020 [citado el 3 de junio de 2022]; Disponible en: <https://revistamedica.com/tcae-servicio-de-urgencias/>.
5. Revista-portalesmedicos.com. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/>.
6. Carrillo AM, Aguilar Rodas MP. Conceptos bioéticos para tener en cuenta en el servicio de urgencias. Univ Médica [Internet]. 2019 [citado el 3 de junio de 2022];60(3):1–7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392019000300069.

Capítulo 68

PLANTA ONCOLÓGICA Y EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO

ISABEL DÍAZ COTILLAS

JOSEFA PÉREZ ROS

AMALIA GARCIA LAJARA

MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA

1 Introducción

La palabra cáncer es un término que engloba más de 200 tipos de enfermedades relacionadas entre sí, conteniendo cada uno de ellos características totalmente distintas de los demás cánceres, por lo que se les puede considerar independientes, tanto en sus causas como en su evolución y tratamiento específico.

Sin embargo, todas tienen un punto en común: Las células cancerosas adquieren capacidad de multiplicarse y diseminarse. Cuando se alteran los mecanismos de control de la división celular en una célula, esta y sus células hijas comienzan a dividirse incontrolablemente, dando lugar con el tiempo a la aparición de un tumor o nódulo, pudiendo ser de dos tipos:

1. Benigno: las células que constituyen el tumor no poseen la facultad de diseminarse, infiltrarse, ni invadir otros tejidos.

2. Malignos: las células del tumor aumentan sin control, sufriendo nuevas alteraciones y adquiriendo en consecuencia la facultad de invasión, que conoce como metástasis. Las características de este tumor son las siguientes:

- Displasia: los mecanismos de regulación son incapaces de controlar su división, las células proliferan en exceso, y pueden dar lugar a bulto.
- Neoplasia: las células dejan de comportarse como deberían, para adquirir la configuración del tumor maligno.

Capacidad de invasión: las vías más comunes de extensión son:

- Propagación local y Propagación a distancia.
- La evolución de cada cáncer está sometido a varios factores, que se relacionan entre sí, y dependerán tanto del tipo de tumor como del paciente.

2 Objetivos

Describir la comprensión de la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer, logrando de esta manera una mejor asimilación en los procedimientos que se deben realizar de acuerdo a los distintos escenarios y resultados posteriores al examen.

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 paciente oncológico es diagnosticado con cáncer sufre unos cambios tanto físicos, estos son notables a largo plazo, psicólogos con un alto porcentaje de preocupación y de sentimiento de culpa en muchos casos.

Actualización del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con un paciente oncológico.

El paciente oncológico es una persona que constantemente está sufriendo cambios debido a las variaciones que sufre durante su enfermedad, el técnico en cuida-

dos auxiliares de enfermería debe de brindarle apoyo tanto a él como a su familia en cualquier ámbito que requiera el psicólogo es el más importante.

Es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca el funcionamiento de todos los servicios por los que pasa un enfermo oncológico. En el servicio de consultas oncológicas el técnico en cuidados auxiliares de enfermería recibe al paciente, le toma las constantes, el peso y posteriormente, lo pasa con el médico, también se encarga de recibir llamadas de otros pacientes, preparar las consultas y recoger pedidos en la farmacia prescritos por el médico oncólogo.

En el hospital de día los pacientes van a recibir los tratamientos de quimioterapia, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería los sitúa en sillones o en camillas dependiendo de la situación del enfermo. Se repondrán las dependencias de ese servicio y se ayudará a la enfermera en lo oportuno.

En la zona de radioterapia el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realiza el acompañamiento del enfermo oncológico, le ayuda en las tareas que él no pueda realizar por sí mismo y necesite de su ayuda, así como la higiene si fuera precisa.

Para el diagnóstico y la observación de pacientes durante y después del tratamiento. Las concentraciones altas o bajas de algunas sustancias pueden ser signos o efectos secundarios del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Para trabajar en el servicio de oncología, se necesita tener una mentalidad fuerte y una gran capacidad de conocer a cada paciente para ayudarle en todo lo que sea posible o necesite de tu ayuda, de la forma más rápida posible.

Es una enfermedad causada por una mutación de genética de ADN de alguna célula.

Menos de la mitad de los pacientes con cáncer avanzado son candidatas a cirugía a pesar de haber recibido quimioterapia.

La quimioterapia adyuvante se recomienda en estadio III.

No existe una quimioterapia standard en segunda línea.

El beneficio de la quimioterapia adyuvante en los estadios iniciales de riesgo intermedio alto y alto riesgo está todavía por definir.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 69

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL: EL TRASTORNO BIPOLAR I CON EPISODIO MANÍACO ACTUAL

JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO

ISABEL DÍAZ COTILLAS

JOSEFA PÉREZ ROS

AMALIA GARCIA LAJARA

MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA

1 Introducción

Los trastornos bipolares son un conjunto heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por alteraciones del estado de ánimo y sufrimiento subjetivo. En los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes. El fuerte impacto sobre la función ocupacional y social que tiene este desorden ha llevado a calificarla como una de las enfer-

medades de mayor discapacidad.(1,2) En la actualidad es uno de los temas más discutidos internacionalmente, en el ámbito de la psiquiatría, reconociéndose como un problema de salud global con repercusiones desde el punto de vista sanitario, económico y un gran sufrimiento personal y familiar.

Existen dos tipos principales, estos son el trastorno bipolar tipo I (TBI) y el tipo II (TBII). El tipo I está caracterizado por episodios de manía y depresión, y el tipo II presenta episodios de hipomanía y depresión. La distinción principal entre ambos es la severidad de los síntomas maniacos. La manía causa impedimento severo en la funcionalidad, incluye síntomas psicóticos, y muchas veces requiere de hospitalización. En contraste, la hipomanía, no es lo suficientemente severa para causar deterioro significativo en la funcionalidad laboral y social; y no es necesaria la hospitalización en estos pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es acercar mediante un caso clínico expuesto por un grupo de auxiliares de enfermería (TCAE), este trastorno bipolar I, en este caso con un episodio maniaco actual con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.

3 Caso clínico

Ángeles es una mujer de 33 años que es llevada por la Guardia Civil al servicio de Urgencias del Hospital virgen de la salud y se la deriva con una interconsulta a psiquiatría con un volante de esquizofrenia y se refiere que está perturbada emocionalmente. Al llegar a la planta de psiquiatría se la tuvo que colocar contenciones por la imposibilidad de convencerla de que entrara en la habitación y dejara de manipularlo todo y deambular, en el informe de la Guardia Civil, los agentes manifiestan que Ángeles había ofrecido mantener relaciones sexuales con los agentes manifestándose Afrodita y que todos los hombres debían de adorarla y mantener relaciones sexuales con ella a su antojo. Se comprobó en su analítica de tóxicos que no había consumido drogas, permaneció ingresada cuatro días y a su alta fue derivada a las consultas de psiquiatría para una valoración. En las entrevistas, Ángeles se mostraba distraída, sin fijar la mirada, pendiente de todo lo que la rodeaba menos de las preguntas, no mostraba atención, su discurso es rápido, difícil de seguir y desorganizado, pasaba de la risa sin motivo al enfado igualmente, muestra en las entrevistas delirios de grandiosidad, no recuerda intentos de suicidios ni ingresos hospitalarios, al preguntarle por fechas

y acontecimientos de su pasado, el relato de sus hechos es muy desorganizado y errático.

En una de las entrevistas, acudió con su madre, la cual contaba que su comportamiento era cambiante y había comentado con otros familiares que unas veces estaba abatida y otras veces se “subía a la parra” y trataba a su entorno muy mal. Tras valorar los signos y Síntomas de Ángeles cumple todos los criterios de un trastorno Bipolar I con episodio maníaco actual y basándonos en los criterios del manual de diagnóstico DSM-V.

4 Discusión-Conclusión

La definición sobre el espectro de enfermedad bipolar no está exenta de polémicas por los diferentes autores, es una categoría más amplia que la descrita en diferentes glosarios y clasificaciones internacionales. El espectro de enfermedad bipolar es una entidad de evolución crónica, inicio temprano, grave, prevalente y discapacitante, cuyo error diagnóstico retarda el inicio de un tratamiento adecuado.⁽³⁾ Entre las ventajas del espectro bipolar están el reconocimiento de la importancia del temperamento, de los síntomas tempranos para la prevención, de los síntomas maníacos subumbrales y el hecho de diferenciar la ciclotimia del trastorno Borderline o de la personalidad antisocial. Entre las desventajas del espectro se incluye la excesiva expansión del diagnóstico de bipolaridad, la disminución del real significado del trastorno afectivo, la 473 delimitación de bordes indefinidos entre los síntomas y el síndrome, y la facilitación de medicar situaciones no patológicas.

5 Bibliografía

1. Belmaker R. Bipolar disorder [Internet]. N Engl J Med. 2004 [citado 23/04/2017];351:476–86. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra035354>.
2. World Health Organization. The global burden of disease. 2004 update [Internet]. USA: World Health Organization [citado 12/04/2017]; 2004. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/.
3. Pedrosa PD, Torres LJJ, González MO, et al. Consideraciones actuales del espectro de enfermedad bipolar. Rev Hospital Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2015 [citado 23/04/2017];12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgiIDARTICULO=64521>.

Capítulo 70

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADOS DE LOS OJOS DE LOS PACIENTES EN UCI

JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO

ISABEL DÍAZ COTILLAS

JOSEFA PÉREZ ROS

AMALIA GARCIA LAJARA

MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA

1 Introducción

La higiene es la técnica que se ocupa de los conocimientos para alcanzar y desarrollar la salud.

A través de la limpieza, que es una técnica importantísima conseguimos beneficios para el paciente, entre ellos evitamos que las bacterias proliferen.

Es competencia del TCAE el aseo del paciente, durante el cual debe observar el aspecto y los cambios.

La utilización de material de un solo uso se esta extendiendo en el medio hospitalario con el fin de evitar la transmisión de determinadas enfermedades.

El TCAE debe desempeñar múltiples funciones, debe conocer bien el entorno de trabajo y las técnicas para poder realizar así su trabajo de forma más profesional.

Los pacientes que se encuentran ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), necesitan de una atención especializada e integral, por padecer graves problemas de salud y ser dependientes, entre otras cosas, de las tecnologías. Esta atención, se la proporcionarán todos los profesionales de salud de ésta área, los cuales van a ayudar a prevenir complicaciones y a mantener la integridad de los pacientes. Una parte importante, es el cuidado de los ojos.

Los pacientes ingresados en la UCI, se encuentran expuestos a muchas agresiones oculares y la falta de intervención en el momento oportuno puede acarrear complicaciones. Por tanto, será el personal de enfermería el encargado de prevenir éstas complicaciones y de proteger los ojos con diferentes métodos

2 Objetivos

Determinar el procedimiento y los materiales necesarios para la higiene de los ojos del paciente encamado en la unidad de U.C.I por parte del equipo de técnicos 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 realizó una búsqueda y revisión de la literatura en buscadores de IMBIOMED, PubMed, EMBASE.

Se clasificaron y utilizaron 5 artículos en total.

4 Resultados

En la UCI existen pacientes sedados e inmovilizados, por lo tanto incapaz de realizar todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), es el personal de enfermería el encargado de realizar todas las tareas que no son a realizar por si mismos, previniendo y evitando problemas en su estado e salud.

El cuidado de los ojos es esencial para que estos no sufran lesiones o infecciones oculares.

Este cuidado es muy importante, pasando desapercibido en muchas ocasiones, considerándose problema menos comparado con otros cuidados.

A pesar de la importancia del cuidado ocular no hay unificación de criterios en el plan de cuidados que debe prestar el personal de enfermería.

Materiales: gasa estériles, jeringas de 10 cc, guantes de un solo uso, suero fisiológico y una batea.

Prepara el material y trasladarlo al paciente.

Preservar la intimidad del paciente.

Lavarnos las manos con agua y jabón, colocarnos los guantes.

Informar al paciente.

Colocar al paciente en decúbito supino.

Cargar jeringa.

Humedecer gasas.

Comenzar limpiando parpado superior desde lacrimal hacia fuera.

Limpiar el parpado inferior.

Repetir procedimiento con el otro ojo.

Recoger el material de desecho.

Retirar los guantes.

Realizar la higiene de manos.

Si es posible se debe realizar con el equipo multidisciplinar completo es mas seguro.

Para prevenir las complicaciones oculares que se pueden presentar en estos pacientes, se identifican una serie de intervenciones, encaminadas a reducir el tiempo de acción; y que tengan un alto grado de efectividad.

Las cámaras de humedad con protecciones de polietileno son más efectivas que cualquier otro método de cuidado.

La aplicación de gotas o ungüentos cada 2-4 horas, son más efectivas que la no instilación ocular.

La utilización de ungüentos es más eficaz que el uso de lágrimas artificiales.

El uso de lágrimas artificiales es más eficaz que el cierre pasivo de los párpados.

En caso de evidencia de infección se debe proceder a limpiar el ojo no infectado o menos infectado.

Cuando sea necesario administrar gotas o pomadas oftálmicas se debe realizar primero la higiene.

Los párpados son esenciales para la protección y la limpieza del ojo.

Mantener la comodidad del paciente. Eliminar contaminantes.

Preparar el ojo para aplicación de medicación.

En los pacientes en coma, sin reflejo palpebral los párpados deben permanecer cerrados, para evitar la sequedad de la conjuntiva y prevenir úlceras corneales.

5 Discusión-Conclusión

En la UCI existen pacientes sedados e inmovilizados, por lo tanto incapaz de realizar todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), es el personal de enfermería el encargado de realizar todas las tareas que no son a realizar por si mismos, previniendo y evitando problemas en su estado e salud.

La implementación de un protocolo de protección ocular confiere grandes beneficios al paciente, ya que mejora la calidad y seguridad de atención, además de tener una excelente aceptación entre el personal de enfermería, ser fácil de implementar y costo-efectiva. Es fundamental la adecuada formación y conocimiento del personal de enfermería sobre estas técnicas de aseo ocular, y su realización de forma eficaz para evitar complicaciones y buscar el máximo confort e higiene para el paciente.

6 Bibliografía

1. Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos y revistas científicas <https://solucionesdesinfeccion.com/2014/06/12/pack-dehigiene-resistencia-zero-en-uci/>.
<https://zonahospitalaria.com/la-uci-ese-lugardesconocido-3>.

Capítulo 71

EL TCAE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON SHOCK ANAFILÁCTICO

CANDIDA ROSA VÁZQUEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad inmediata mediada por IgE de tipo I, que es un anticuerpo producido por el sistema inmunitario en respuesta a algún factor o agente que el organismo percibe como una amenaza.

Las alergias aparecen cuando el sistema inmunitario reacciona ante una sustancia extraña, (como puede ser el polen, el veneno de abejas, antibióticos, contrastes yodados, determinados alimentos como pueden ser: Huevos, legumbres, chocolate, etc.

Se producen en individuos sensibilizados a manifestaciones mucocutáneas, cardiovasculares, respiratorias y gastrointestinales que a menudo puede ser potencialmente mortal. La respuesta de la hipersensibilidad aguda y rápidamente progresiva produce una vasodilatación sistémica, que puede comprometer la perfusión orgánica, dando lugar a un shock distributivo de causa anafiláctica. Histamina: Actúa sobre los receptores H1, H2, H3.

En cuanto a la fisiopatología la reacción se produce cuando el sistema inmunológico no funciona correctamente y percibe como extrañas determinadas sustancias (alérgeno), que son bien toleradas por la mayoría de las personas, pero que en otras provocan una respuesta inmunológica produciéndose un proceso que se denomina Fase de Sensibilización. Cuando tiene un nuevo contacto con el alérgeno, es reconocido por la IgE, provocando una interacción antígeno

(alérgeno), anticuerpo y se inicia la liberación de una serie de mediadores químicos del interior de la célula, fundamentalmente la histamina. La histamina que se encuentra a grandes dosis en los mastocitos y/o basófilos aumenta la permeabilidad vascular dando lugar al edema pulmonar, broncoespasmo, etc., y una vasodilatación que conduce a hipotensión y a las manifestaciones mas graves de un cuadro de shock. Todo éste proceso se denomina "Fase efectora o desencadenamiento".

2 Objetivos

Exponer la importancia y las funciones del TCAE ante un paciente con shock anafiláctico a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente (mujer), de mediana edad con antecedentes de intolerancia a los crustáceos que acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud por presentar un episodio agudo de prurito en cuero cabelludo, tronco y miembros superiores e inferiores, acompañado de estornudos, picazón en la nariz, y ojos irritados y llorosos; observándose además caída de la presión arterial (en la anamnesis, la paciente refiere haber estado comiendo en una marisquería), (anamnesis es un conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico), por lo que tras ser valorada y diagnosticada, es tratada con adrenalina, y corticoides, antihistamínicos y oxigenoterapia entre otras. Posteriormente una vez estabilizada es trasladada al Hospital de Referencia con el diagnóstico de shock anafiláctico.

Una vez vista, valorada y tratada por el Servicio de Urgencias del Hospital, al comprobar su mejoría queda en observación en un box del Servicio de Urgencias, donde además de la sueroterapia y demás fármacos pautados que se le administran, se la monitoriza quedando vigiladas sus constantes vitales como son: la tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de O₂, frecuencia respiratoria, temperatura, derivaciones del electrocardiograma; La T.C.A.E. estará pendiente ante cualquier cambio o requerimiento del estado de la paciente y ayudará al personal de enfermería en el manejo y vigilancia del aparataje (monitor), y demás técnicas.

Nos aseguramos que tiene permeabilidad de las vías aéreas, pondremos el cabecero elevado a 30-45 grados y nos encargamos de tener el sistema de aspiración de secreciones disponible. Hablaremos con la paciente en la medida de

lo posible para reforzar su nivel de conciencia; trataremos de tranquilizar a la paciente y proporcionarle apoyo emocional durante todo el proceso. Si vomita lo colocamos en posición de seguridad, con cabeza de lado, para evitar una broncoaspiración, nos aseguramos de que la vía aérea esté libre (dentadura postiza, etc.). Muy importante es llevar una monitorización estricta del balance hídrico, tanto lo que entra como lo que sale. los tratamientos específicos se establecerá en función de la sintomatología que presente la paciente, ya sea por hipotensión, broncoespasmo, edema de laringe o sintomatología cutánea o gastrointestinal.

4 Discusión-Conclusión

La gravedad de las alergias varía según la persona, pudiendo ir desde una irritación menor hasta una anafilaxis (situación de emergencia potencialmente mortal). La mayoría de las alergias no tienen cura, los tratamientos pueden ayudar a aliviar la sintomatología.

El medicamento de elección para el tratamiento de un shock anafiláctico es la adrenalina intramuscular o intravenosa; se trata de un medicamento que actúa rápidamente y que mejora la mayoría de síntomas de la anafilaxia pudiendo salvar la vida del paciente.

Destacar la importancia de la educación sanitaria en un paciente con antecedentes.

La anafilaxia puede ser mortal sin el tratamiento oportuno, el papel de la enfermera y de la T.C.A.E. , es relevante ante una emergencia, por lo que la T.C.A.E. debe de estar al día y tener los conocimientos necesarios y actualizados para una buena y rápida intervención.

La anafilaxia se diferencia de la alergia por la extensión de la reacción inmunitaria que compromete particularmente el sistema respiratorio y cardiovascular.

Cuando en las manifestaciones de la anafilaxia se pone en riesgo inmediato y repentino la vida del paciente, se utiliza el término de Choque Anafiláctico.

5 Bibliografía

1. Cuidados del paciente con shock anafiláctico. - Fuden. pag: 535 a 541.
2. Manual de la auxiliar sanitaria.- Masson.- pág.: 183 a 192.33.
3. Manual de Merck.

Capítulo 72

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS

MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN

RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ

JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ

FRANCISCA GARCÍA LORENZO

NURIA MARTÍNEZ RAMÓN

1 Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha clasificado la anorexia y la bulimia como trastornos mentales y de comportamiento.

Anorexia.

Es un trastorno de la alimentación que causa en las personas que la sufren que pierdan más peso de lo que se considera saludable para su edad y estatura.

Las personas con este trastorno de anorexia pueden tener un miedo intenso e irracional a ver aumentado su peso, incluso cuando están con un peso demasiado bajo. Generalmente puede que hagan dietas o ejercicio excesivo o que utilicen otros métodos para bajar de peso.

Causas.

En la anorexia, no se conocen las causas exactas, se sabe que influyen muchos factores que podrían estar involucrados. Los genes y las hormonas pueden jugar un papel muy importante. La presión de la sociedad que promueven tipos de cuerpos muy delgados también puede contribuir (1).

Bulimia.

La persona que sufre de este trastorno alimenticio, tiene episodios de comer una gran cantidad de alimento (atracones) durante los cuales no tiene control sobre la comida, para a continuación de diversas formas, tales como vomitar o consumir laxantes (purgarse), elimina la comida, para evitar el aumento de peso.

Muchas personas con bulimia también sufren de anorexia.

Causas.

La prevalencia en lo referente a sexos es que son más mujeres que hombres los padecen de bulimia. El trastorno se da más en niñas adolescentes y mujeres jóvenes. La persona sabe que su patrón de alimentación no es normal. Pudiendo sentir miedo o culpa por los atracones y purgas.

Al igual que en la anorexia de la bulimia tampoco se conoce la causa. pueden jugar un papel influyente los factores genéticos, psicológicos, familiares, sociales o culturales.

2 Objetivos

- Describir las dos patologías mas frecuentes en los trastornos alimentarios.
- Ver las opciones de los tratamientos.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente 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, medlineplus.gov y diferentes paginas referentes, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisada.

4 Resultados

Dos de los principales trastornos de la conducta alimentaria son:

Anorexia:

Se caracteriza por una obsesión desmedida sobre la alimentación, miedo intenso a ganar peso y un control exhaustivo del mismo. Cursa con bajo peso y el primer síntoma más evidente es que provoca pérdida de la menstruación (amenorrea).

Generalmente los que padecen de anorexia sienten el deseo de seguir, aunque ya este por debajo de sus niveles de peso.

Diferenciamos dos tipos de anorexia:

- Anorexia restrictiva cuando la persona realiza patrones de restringir alimentos. (generalmente acompañadas de una actividad física intensa).
- Anorexia purgativa la persona utiliza el vómito, laxantes o diuréticos para conseguir la reducción de peso a través de eliminar alimento de su cuerpo.

Para decir que una persona sufre de anorexia es necesario presentar algunas de estos síntomas:

- Que sea la persona la que se provoca la pérdida de peso.
- Uno o más de los siguientes síntomas: vómitos, purgas intestinales con laxantes o enemas, ejercicio excesivo, consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos, todo provocado por ella misma.
- Visión irreal de la imagen corporal en la silueta y en cuanto al peso.
- Miedo irracional a ganar peso.
- Negar el riesgo, que conlleva el bajo peso.
- Amenorrea en la mujer y no desarrollo mamario.
- Inhibición de la libido.
- Descontrol de la glándula tiroides.

Bulimia:

Los atracones alimentarios es lo que define la Bulimia, en un periodo muy breve de tiempo, y siente que pierde el control sobre la comida. Después de cada episodio de atracones la persona siente un gran sentimiento de culpa que, con el miedo a engordar, le lleva a realizar actuaciones compensatorias como el vómito, la restricción alimentaria o el ejercicio desmedido. Mediante estas conductas, se consigue mantener el peso, lo que dificulta su detección por parte de familia, profesores y profesionales de la salud.

Diferenciamos dos tipos de bulimia:

- Bulimia tipo purgativo: el individuo se provoca regularmente el vómito, usa laxantes, diuréticos.
- Bulimia tipo no purgativa: el individuo realiza conductas compensatorias inapropiadas como ayuno, ejercicio intenso.

Para decir que una persona sufre de bulimia es necesario presentar algunas de estos síntomas:

- Episodios de atracones repetidos.
- Preocupación irracional a engordar.
- Conductas para contrarrestar el atracón inapropiadas, provocándose el vómito, abuso de laxantes, periodos de ayuno, ejercicio excesivo, consumo de fármacos como supresores del apetito, diuréticos.
- Atracones seguidos de depresión y culpa.
- autocrítica exagerada influida por el peso y la silueta.

En lo referente al tratamiento de anorexia y bulimia, dependerá en el periodo en que se encuentre la enfermedad.

Hay tres niveles de atención: consultas externas, hospitalización parcial y hospitalización total.

El tratamiento va a consistir en mantener una comunicación directa con el equipo que cuida al paciente en un Centro de Salud Mental.

Dentro del trabajo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) junto, ayudara en todas las tareas de enfermería de atención primaria:

1. Al menos una vez por semana debe acudir a control y revisión.
2. Implantar el plan de cuidados:
 - En cada visita se deberá reevaluar la situación.
 - En evaluaciones y revisiones y en consecuencia del plan de cuidados se realizarán las convenientes en ese momento.
 - Comunicarse con salud mental e informarle de los cambios que se realicen.
 - Seguimiento y control, del tratamiento farmacológico.
 - Prevenir las recaídas.
 - Proporcionar al cuidador o familia apoyo y visitas individualizadas.

5 Discusión-Conclusión

A la conclusión que llegamos en lo referente a la anorexia y bulimia y sobre todo a los pacientes que la sufren es que los cánones de belleza en cuanto a la delgadez se refiere y que la sociedad en la que vivimos nos impone, son bastantes perjudiciales a la hora de como queremos que los demás nos vean, se debe tener autonomía y autocontrol de pensamiento propio, para saber que eso que la sociedad nos dice no es la vida real y que desde nuestro cometido como profesionales de la salud debemos atajarlo con la prevención.

Por lo que los TCAE deberán estar en posesión la debida formación y conocimientos, así como de la capacidad para saber lidiar con las situaciones que pudieran surgir en el trato directo con el paciente; además de poder asesorar a este y a la familia.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000341.htm>.
2. Ministerio de sanidad y consumo y FAECAP. Guía de cuidados de enfermería familiar y comunitaria en trastornos de la conducta alimentaria.

Capítulo 73

PLANTA DE GERIATRÍA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN

RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ

JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ

FRANCISCA GARCÍA LORENZO

NURIA MARTÍNEZ RAMÓN

1 Introducción

Los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en estas actividades y tareas profesionales que desarrolla la especialidad de geriatría (Estudio de la ancianidad comprende la fisiología, la patología el diagnóstico el tratamiento de la enfermedad y de los ancianos) son muy importantes para el desarrollo de una asistencia de calidad.

Todas las actividades deben estar adaptadas a las necesidades y la atención que necesitan estos pacientes por sus necesidades particulares, para ello, necesitamos una valoración integral, mediante una valoración física, una valoración funcional, una valoración mental y una valoración social, todo ello determinará la cantidad

y el modo de la intervención que se efectuará ,tanto por parte del equipo médico como parte del equipo de enfermería.

Las herramientas que utilizaremos será la aplicación del PAE (es el método de enfermería que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática) y según el modelo de las necesidades de Virginia Henderson (o el que se emplee en el servicio asistencial sanitario y estableceremos los cuidados pertinentes, orientándonos en el mantenimiento del nivel de salud y la autonomía personal como la prevención de enfermedades, las complicaciones y otros trastornos que puedan aparecer en el proceso de la vejez (no solo se define por cronológico sino más bien por condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud).

2 Objetivos

Indicar y determinar las intervenciones asistenciales para mantener la autonomía del paciente anciano y garantizar una asistencia adecuado a sus necesidades.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación, una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica. Se ha realizado una búsqueda continuada de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, y seleccionando artículos sanitarios.

4 Resultados

El TCAE tiene debe de seguir una serie de procedimientos:

Procedimiento de higiene: se aplicará a la piel, la zona perineal con genitales, la boca, las prótesis dentales, los ojos como los oídos el pelo, los pies, además es necesaria la higiene de la cama, ya que en ocasiones los ancianos tienen que permanecer en cama durante periodos largos, aquí también se incluyen los masajes y principalmente en pies y espalda.

Procedimientos de movilización y cambios posturales están dirigidos a evitar las úlceras por presión y a mantener la autonomía y la funcionalidad, sin embargo ante estados de agitación y confusión y auto y heteroagresividad puede emplearse siempre bajo orden del médico sistemas de contención abdominal, cinturones, chalecos, etc.; o de extremidades, cintas de muñecas o tobillos.

Procedimientos de alimentación y nutrición: están destinados a administrar las comidas y a entender las dificultades de deglución provocadas por la pérdida de piezas dentales. en ocasiones la alimentación se efectuará a través de una sonda nasogástrica, mediante jeringuillas o bombas de infusión y en otras, se realizará la alimentación parenteral, cuando el anciano pueda comer solo lo hará sin prisa y se le animará para que aumente su nivel de independencia, se cuidará la hidratación.

Procedimiento de eliminación: hay que observar las frecuencias de deposiciones, participar en la atención general del paciente si padece diarrea o estreñimiento. Fecalomas, administrar enemas y recogidas desde cuándo se precisen.

En cuanto a la eliminación urinaria, el TCAE participa en los cuidados y en la educación del paciente de incontinencia, intervendrá en la creación de un ambiente adecuado en el entorno a este problema, para ello, adecuar la seguridad en el acceso, reducir la ingestión de líquido por la tarde y colocar la cuña y lo acompañará al inodoro.

Además colaborarán el procedimiento de sondaje y en la colaboración de dispositivos externos de recogida de orina, (braga antiincontinencia, compresa higiénicas femeninas y masculinas, pañales para adultos, catéter de condón, funda antigoteo, etc.

Procedimiento designación de oxigenación y circulación :participará en procedimientos de toma de constantes vitales, su registro correspondiente ,de educación de respiración, de su uso de espirómetro de incentivo ,de administración de oxigenoterapia, educación de prevención de trombosis y rehabilitación del paciente con accidentes cerebrovasculares.

Procedimiento respecto al descanso y al sueño: el TCAE al observar las horas y características del sueño o otros periodos de descanso, eliminación de factores ambientales que se puedan producir de insomnio colaborará en el tratamiento y el control del dolor, animarlo a realizar actividad física durante el día y respetar a los rituales propios para acostarse.

Procedimiento para evitar el dolor: el TCAE colaborará en la disminución de la ansiedad del paciente ante el dolor ,utilizando la ducha, la observación, la distracción ,la relajación e incluso la aplicación de masajes, y ayudar a la administración de analgésicos orales.

Procedimientos que regulan la temperatura: recoger anotar estas constantes vitales, realiza las actividades necesarias para controlar la temperatura, desabrigar, agregar, poner gasas frías, baños templados o bolsas de hielo y colaborará con la administración de los fármacos.

Procedimiento respecto a la actividad: ayudar a satisfacer esta necesidad, es-

cuchando la preferencia del anciano para ocupar su tiempo libre facilitará su realización y en ocasiones lo acompañara.

Procedimiento de apoyo psicológico: estos procedimientos están orientados a la esfera física del paciente para aumentar el bienestar y su calidad, hay que considerar también el apoyo psicológico que ayude a la resolución de los problemas psicosociales, que se plantean en el anciano.

Los cuidados del anciano suponen una adaptación o cambio en la actitud del personal de enfermería una adaptación orientada a aplicar los cuidados de calidad enfocados a mantener la satisfacción y el bienestar en el paciente y asistir en el proceso de una el proceso de una buena muerte si fuera el caso.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del ciclo vital del ser humano pasa por distintas etapas y la vida tiene un proceso natural y biológico que todos pasaremos por ello, por tanto. La TCAE tiene que tener una actitud con respecto a las personas ancianas en la cual desarrolle una capacidad empática, una comprensión sin valores y sin juicios, una mayor capacidad de detección precoz de las necesidades y las alteraciones de ellos, una mayor disponibilidad de tiempo en los cuidados que permite que el anciano responda adecuadamente y pueda percibir y procesar la información, una capacidad y serenidad para favorecer su independencia y autonomía, más capacidad de acompañamiento sincero y humano utilizando silencios, el contacto de la comunicación, etc.; evitar los estereotipos sobre la vejez.

6 Bibliografía

1. Programa manual de pdf. <http://ww.cuidadores.unir.net>.
2. Manual de buenas practicas para mayores em residencias www.mensajerosdelapazmurcia.es.
3. Manual de cuidados generales para el adulto mayor. <http://www.fiapan.org> libro auxiliar de enfermería McGraw Hill.

Capítulo 74

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL AISLAMIENTO INVERSO

MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN

RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ

JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ

FRANCISCA GARCÍA LORENZO

NURIA MARTÍNEZ RAMÓN

1 Introducción

Un Aislamiento tiene por objetivo establecer unas medidas de seguridad, para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas, mediante la ruptura de los mecanismos de transmisión minimizando el riesgo de una infección nosocomial, previniendo y controlando nuevos brotes.

Esta forma de aislamiento es una medida fundamental de prevención para las infecciones, lo que se quiere conseguir es cortar la vía de transmisión de una enfermedad contagiosa, evitaremos la transmisión de la enfermedad del paciente a otro paciente, al mismo personal del centro hospitalario y del medio al propio paciente.

Los gérmenes pueden transmitirse por gotitas en el aire, de ahí que se aisle al paciente, se limitaran las visitas, permaneciendo solo en una habitación individual.

Está enfocado en proteger a los pacientes que sufren una deficiencia en su sistema de defensa , protegerlos también del entorno y evitar un posible contacto con agentes patógenos mientras dure su estancia en el hospital. Los pacientes a proteger inversamente son:

Grandes quemados con una superficie corporal quemada de más del 25 % no infectados.

Pacientes transplantados, prematuros.

Pacientes Oncológicos, leucopenia, leucemia.

Pacientes que toman una gran cantidad de medicación inmunosupresora tumoral.

En el mecanismo de transmisión de una enfermedad intervienen los siguientes factores:

- Agente causal o patógeno.
- Huésped o portador.
- Huésped susceptible.
- Mecanismo de transmisión.

2 Objetivos

- Conocer en qué pacientes se aplica el aislamiento inverso por parte del equipo de técnico de cuidados auxiliares de enfermería.
- Describir el protocolo de aplicación.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda en páginas webs de revistas científicas revisadas y libros relacionados con los aislamientos. Nos hemos centrado en explicar el significado, a quien puede estar indicado y todo lo que habría que hacer al entrar en este tipo de habitaciones.

4 Resultados

Se realizará una correcta educación sanitaria, explicándole al paciente y la familia las normas a seguir en cuanto a higiene, se permitirá la entrada de un solo familiar.

Colocación de equipos de protección individual fuera de la habitación para ser utilizado, gorro, mascarilla, batas, guantes y calzas.

Se pondrá en la puerta un cartel informando del tipo de aislamiento que requiera el individuo.

La habitación será individual, con presión positiva para impedir la entrada de corriente de aire dentro de la misma, la puerta estará cerrada.

El lavado de manos se hará con alguna solución antiséptica o con agua y jabón, antes y después del contacto con el paciente, material o superficies que hayan podido estar en riesgo de contaminación.

El uso de guantes, calzas, gorros, mascarillas y batas serán obligatorios. Antes de salir de la habitación se dejarán los equipos de protección en unos contenedores especiales junto a la puerta.

Se utilizará material desechable y se introducirá en los contenedores correspondientes, el material que sea utilizado por el paciente será de su uso exclusivo, tras su uso de desinfectará o esterilizará según la composición.

Si hubiera que trasladar al paciente sería exclusivamente para alguna prueba, llevará mascarilla para su traslado y bata en el caso que tuviera alguna herida que también estará tapada.

El paciente cuando empieza a observar su mejoría, por la disminución de protecciones, se siente mejor ya que él mismo, manteniendo su aislamiento, también contribuye en su recuperación, es consciente que podrá tener más visitas y recuperar su normalidad.

La participación de la familia, del resto de profesionales y del mismo paciente en todas estas medidas será primordial ya que este tipo de patologías suelen ser de larga duración y estancia en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

La labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) Y Celador es básica para el cumplimiento del aislamiento del paciente, así como para la información de normas a seguir en cuanto a visitas y acceso de las mismas a la habitación.

Con éste proceso terapéutico de aislamiento se logrará reducir el tiempo de hospitalización y se aligerará de manera colateral la relación coste- beneficio. Restableciendo lo antes posible el alta al paciente y que pueda seguir con su vida normal. Con esta medida de aislamiento, se pretende proteger al paciente de infecciones que puedan afectar a su estado ya inmunodeprimido . Se rompe así la cadena de transmisión y el paciente estará más seguro.

6 Bibliografía

1. <http://congreso enfermeria.es>libros>salas>.
2. <http://revistamedica.com/guia-practica-paratcaes-infecciones-transmisibles>.
3. <http://apuntesauxiliaresenfermeria.blogspot>.

Capítulo 75

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTE DIABÉTICO

JOSEFA MILAN ANAYA

OLGA VIECO DE LAS HERAS

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO

CARMEN MARTIN ORTIZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad causada por el exceso de azúcar en la sangre, también conocida como glucosa, esta puede tener graves consecuencias, como el coma diabético, complicaciones cardiovasculares, renales, oculares, cerebrales y de los miembros inferiores.

El cuidado asistencial del auxiliar de enfermería al paciente diabético no se ciñe tan solo a la parte clínica. También es vital la empatía del auxiliar de enfermería, e incluso la pedagogía que aporte a la persona con algún tipo de diabetes con el objetivo de llevar un mejor control de la enfermedad y, por ende, mayor calidad de vida.

En los pacientes diabéticos es vital el control de la hiperglucemia, o nivel elevado de glucosa, para evitar las complicaciones asociadas al mal control de su enfer-

medad, ya que puede desembocar en ceguera, lesiones renales, de los nervios o pie diabético.

El principal objetivo de tratamiento se basa en prevenir descompensaciones agudas y la presencia de complicaciones con el fin de disminuir la morbilidad, mejorando la calidad de vida, mediante un excelente control glucémico y de factores de riesgo vascular, teniendo en cuenta en el paciente adulto mayor el riesgo de hipoglucemias, es importante valorar este riesgo cada dos a tres meses.

El trabajo diario del auxiliar de enfermería es esencial para que los pacientes de esta afección crónica reciban una atención eficiente.

2 Objetivos

Conocer los consejos de autocuidado por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para la prevención y tratamiento de la diabetes.

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 cuidados de pacientes con diabetes”.

4 Resultados

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más frecuentes del mundo. Es una enfermedad metabólica que se caracteriza por el aumento de la concentración de glucosa en sangre, debido a que el páncreas no produce insulina o no la usa de manera adecuada. Cada día es más notorio el impacto de la atención a las personas con diabetes especialmente en hospitales, clínicas o residencias geriátricas.

El trabajo diario de los auxiliares de enfermería es esencial para que los pacientes de esta afección crónica reciban una atención eficiente.

Las personas que padecen diabetes de tipo 1 su cuerpo no producen insulina. Genera un problema ya que el cuerpo necesita insulina para extraer la glucosa de los alimentos y transformarla en energía, las personas con este tipo de diabetes deben inyectarse insulina todos los días. La mitad de los pacientes con diabetes de tipo 2 tienen más de 65 años.

En los pacientes diabéticos es vital el control de la hipoglucemia o nivel elevado de glucosa para evitar las complicaciones asociadas al mal control de su enfermedad, ya que puede desembocar en ceguera, lesiones renales, o pie diabético.

Un nivel alto en la sangre puede causar las siguientes patologías: visión borrosa, sed excesiva, fatiga, orina frecuente, hambre, pérdida de peso.

Debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con el nivel alto de azúcar en la sangre no presentan síntomas.

Los síntomas de la diabetes tipo 1 se desarrollan en un periodo de tiempo corto, su diagnóstico: glucosa sanguínea en ayuno, tolerancia oral a la glucosa, glucosa sanguínea a cualquier hora del día.

Mantener niveles elevados de azúcar en sangre produce daños silenciosos en los tejidos, corazón, riñón, vista y en el árbol vascular y las arterias. Hay que diagnosticados lo antes posible y retrasar estas complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería juega un papel importante a la hora del cuidado de estos pacientes.

Los cuidados del auxiliar de enfermería deberán proporcionar una atención muy específica a este tipo de pacientes, ya sea en hospitales o residencias geriátricas. El cuidado asistencial del técnico de cuidados auxiliar de enfermería al paciente diabético no se ciñe tan solo a la parte clínica. También es vital la empatía del auxiliar de enfermería e incluso la pedagogía que aporta a la persona con algún tipo de diabetes con el objetivo de llevar un mejor control de la enfermedad y mayor calidad de vida.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.daeformacion.com.
3. www.auxiliar-enfermeria.com.
4. Pubmed.
5. <https://www.ifp.es/blog/el-auxiliar-de-enfermeria-y-el-cuidado-de-la-diabetes>.

Capítulo 76

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTE CON DISFAGIA

JOSEFA MILAN ANAYA

OLGA VIECO DE LAS HERAS

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO

CARMEN MARTIN ORTIZ

1 Introducción

La disfagia se define como la dificultad que tiene una persona para tragar los alimentos. Existen varios tipos de disfagia y cada uno está determinado por la dificultad que presenta el enfermo al tragar las diferentes texturas de los alimentos sólidos, líquidos, o ambos. La disfagia es un trastorno importante y es capaz de repercutir en la evolución del paciente debido a su gran repercusión en el aparato respiratorio y en el estado nutricional. Estos problemas nutricionales pueden arrastrar pérdida de peso y masa muscular, pérdida de fuerza y también de ánimo. Los trastornos de la deglución se dividen anatómicamente en dos tipos:

- Disfagia orofaríngea, se encuentra comprometida la transferencia del bolo desde la boca al esófago. Es un tipo de disfagia debido a trastornos neuromusculares que afectan a la hipofaringe y al esófago superior.

- Disfagia esofágica, implica la alteración en el tránsito por el esófago hasta alcanzar el estómago. Diversos trastornos de la motilidad o lesiones mecánicas obstructivas pueden ocasionar disfagia esofágica.

La atención integral al paciente con disfagia es labor de todo el equipo Enfermería del que forma parte el técnico en cuidados auxiliares de Enfermería, ya que es el auxiliar de enfermería quien se ocupa de los cuidados básicos del paciente durante el transcurso de la enfermedad.

2 Objetivos

Conocer el papel de las funciones por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante pacientes con disfagia.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica en artículos y en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “funciones auxiliar enfermería en cuidados de pacientes con disfagia”.

4 Resultados

La disfagia se puede clasificar en diferentes tipos, en función de la zona afectada o fase de la deglución alterada, del tipo de alimentos o bebidas que cuesta tragar o del factor causal que la produce. Es fundamental conocer el tipo de disfagia que el paciente padece, ya que el tratamiento y cuidados a proporcionar dependen de ello.

A la hora de administrar alimentos por vía oral, debe tenerse en cuenta que sus características pueden influir de manera notoria en la deglución de los mismos. Es por esto, que los sabores fuertes favorecen la deglución al producirse una mayor salivación y masticación, así como también se debe tener en cuenta que los alimentos fríos pueden dar lugar a espasmos musculares.

Existen una serie de recomendaciones para el cuidado del paciente con disfagia. Resulta básico para el auxiliar de enfermería conocer el tipo de alimentos que ocasionan riesgos y cómo administrarlos:

- Alimentos demasiado calientes, picantes o ácidos (vinagre, algunos condimentos).

- Alimentos con filamentos o fibrosos que puedan ocasionar atragantamientos (carne, piña, apio, tallos de algunas verduras como espárragos o lechuga).
- Frutas con jugo.
- Piel de las legumbres, huesos, espinas de pescados, pequeños huesecillos de carne, semillas.
- Alimentos de consistencia seca como pan tostado o frutos secos.
- Alimentos que presenten doble textura como pasta con caldo, fruta con jugo, cereales con leche.

También son fundamentales las recomendaciones generales, las cuales son:

- Evaluar si el paciente tiene un nivel de conciencia adecuado para ingerir alimentos.
- Hidratar la boca con palillos de limón o torundas de algodón antes de comer.
- Sentar al paciente en la cama con el cabecero totalmente elevado o en silla durante las comidas y hasta al menos una hora después.
- Indicar al paciente que debe permanecer con el mentón hacia abajo para tragar.
- Usar siempre cuchara y administrar tanto los sólidos como los líquidos en cantidades pequeñas.
- Utilizar el agua gelificada junto a las comidas principales y, entre ellas, agua con espesante.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante para el técnico en cuidados auxiliares de Enfermería que conozcan los síntomas y signos de la disfagia, para poder reconocerla y así evitar las complicaciones que puedan surgir usando todos los medios a nuestro alcance. El auxiliar de enfermería juega un papel importante a la hora del cuidado de estos pacientes.

La disfagia es una enfermedad que afecta a un número muy elevado de personas, aunque muchas de ellas no la tengan diagnosticada. Es importante que el auxiliar siga las indicaciones a tratar, así como hacer de la comida una presentación variada y atractiva para que el paciente no pierda las ganas de comer. Proporcionará los alimentos y líquidos con su textura modificada, usando espesantes y agua gelificada para facilitar la ingesta.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.daeformacion.com.

3. www.auxiliar-enfermeria.com.
4. Pubmed.
5. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/manejo-del-paciente-con-disfagia-en-el-ambito-hospitalario/>.
6. https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-02_5e37094a98a89_poster2.pdf.

Capítulo 77

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

JOSEFA MILAN ANAYA

OLGA VIECO DE LAS HERAS

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO

CARMEN MARTIN ORTIZ

1 Introducción

Uno de los mayores problemas para los sistemas sanitarios en la actualidad son las fracturas de cadera dada su elevada frecuencia, su gran coste y sus consecuencias para la persona que la sufre.

Una fractura de cadera es la rotura de la cabeza del fémur. Se trata de un tipo de fractura que se observa habitualmente en personas de edad avanzada.

El médico confirma el diagnóstico mediante radiografías o con otras pruebas de diagnóstico por la imagen.

Normalmente se realiza una intervención quirúrgica para reparar la cadera o a veces para sustituir la articulación, y en cuanto al tratamiento de las fracturas

de cadera, se pretende conseguir la reducción anatómica y la consolidación de la fractura, así como la movilización precoz del paciente para que la situación funcional previa a la fractura se recupere.

La movilización debe realizarse de forma precoz para evitar las posibles complicaciones, y en la mayoría de los pacientes se debe intentar pasar de la cama a la silla al día siguiente de la operación.

En este capítulo se resalta los principales factores de riesgo y consecuencias de estas fracturas tan frecuentes así como los posibles cuidados que los enfermos van a recibir por parte del técnico de cuidados auxiliares de enfermería.

2 Objetivos

Explicar las actividades a realizar para la correcta recuperación del paciente por el técnico en 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 se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo y consultado Google académico.

4 Resultados

Con la ayuda del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería se logra evidenciar las afectaciones que presenta el paciente, brindando una atención integral que permite fortalecer el perfil profesional. Las principales funciones son:

- Vestir al paciente con prendas lo más cómoda posible.
- Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.
- Revisi3n de drenajes, cambio de vendajes y toma de constantes cada 8 horas.
- Inicio de sedestaci3n borde-cama y despu3s sedestaci3n en el sill3n seg3n el dolor que tenga el paciente.
- Enseñar las t3cnicas de relajaci3n.
- Enseñar el control del dolor.
- Administraci3n de medicaci3n pautada por el personal sanitario.

- Inicio bipedestación con andador cuando sea posible y recomendable.
- Prevención de úlceras por presión: cambios posturales cada 6 horas y se aseara al paciente.
- Colocación de barandillas de seguridad para evitar caídas.
- Observación del estado de ánimo del paciente así como proporcionar refuerzo positivo.

En las fracturas de cadera puede haber una serie de complicaciones, principalmente en casos de postración en cama y en edades avanzadas con las más comunes son:

- Neumonía aguda.
- Coágulos sanguíneos venosos con posibles obstrucciones de la circulación pulmonar (embolia pulmonar) con graves consecuencias.
- Problemas cutáneos en la superficie de la piel tratada.
- Úlceras. Como consecuencia del encamamiento al que los pacientes deben someterse (úlceras por presión en la espalda o en los tobillos).
- Desorientación y confusión.
- Empeoramiento de la condición física, al disminuir el tejido muscular.
- Pérdida de la autonomía, volviéndose totalmente dependientes.
- Estado depresivo y aislamiento social.

La fractura de cadera puede afectar a todas las áreas de funcionalidad del anciano, para ello está la rehabilitación que ayuda a recuperar la situación de la marcha, situación nutricional y calidad de vida relacionada con la salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las fracturas de la cadera, representan un serio problema de salud mundial. Cada vez aumentan más las personas de edad avanzada, y es precisamente en este grupo, donde prevalecen con características preocupantes.

Los cuidados que proporcionan los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería influyen mucho en la calidad que perciben los pacientes. La cercanía, actitud y profesionalidad del equipo de enfermería aporta el lado más humano de la atención sanitaria.

En las fracturas de cadera se debe tener en cuenta el daño y el impacto que ha causado en el nivel de funcionalidad pues el principal objetivo es retornar al paciente a su nivel de funcionalidad previo a la fractura.

6 Bibliografía

1. <https://congresosfnn.com>

www.scielo.org

Arreondo Gómez, Edgardo. Fracturas de cadera en el anciano. Revista médica del CMA 2010; 3:19-16.

Capítulo 78

EDUCACIÓN SANITARIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA EL MANEJO DE INHALADORES EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA

MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ

VERONICA NUÑEZ GIL

ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS

ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO

RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ

1 Introducción

Las patologías respiratorias son las que en la actualidad debido a la contaminación atmosférica lo que más está aumentando.

Dentro de las patologías respiratorias podemos encontrar desde enfermedades muy leves a enfermedades graves, irreversibles y obstruictivas.

Algunas son:

- Disnea, sensación de falta de respiración o aire.

- Asma: el asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.
 - EPOC: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), irreversible. En esta enfermedad se intenta paliar o disminuir la sintomatología con tratamientos pero no se va a llegar a curar nunca.
 - Enfisema: En el enfisema, las paredes internas de los sacos de aire de los pulmones (alvéolos) se dañan, lo que hace que eventualmente se rompan. Esto crea un espacio de aire más grande en lugar de pequeños sacos y reduce la superficie de las zonas disponibles para el intercambio de los gases.
- Todas estas patologías suelen tener en común algunos síntomas salvo que unas son más graves que otras en general.

2 Objetivos

Describir los pasos para la educación sanitaria por el TCAE para el manejo de los inhaladores del paciente con patología respiratoria.

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 de los inhaladores ante un paciente con asma.

Palabras clave: cuidados, alergia, rinitis y crisis.

4 Resultados

- En nuestro trabajo de la revisión bibliográfica se ha integrado o se ha incluido artículos y textos de el tema que nos incumbe en el que nos destaca que importancia tiene el buen uso o conocimiento de los inhaladores.
- El TCAE conocerá y estará actualizada en todo tipo de inhaladores y de patologías respiratorias , no hace falta que conozca todo el tratamiento salvo que

sea algo contradictorio con el inhalador o la forma o momento en que se deba administrar en cada paciente.

- La educación sanitaria que puede ofrecer el TCAE en este tipo de pacientes es a que conozcan que contiene en el interior, este fármaco. Si lleva un fármaco en forma de polvo para los pulmones. Es una forma rápida de actuar a nivel respiratorio por su pronta acción. Los dispositivos son de polvo seco, dosis controlada.
- ES importante dar instrucciones claras de la utilización que lo cojan que lo manejen que realicen pruebas con él. Apartar al paciente a una sala tranquila en la que se pueda sentar y comenzar con el dispositivo, se introducirá la boquilla del inhalador y se apretará con los labios o en caso de poder ser dificultosa la acción del paciente se realizará por cámaras las cuales evitan que se desperdicie la medicación. El paciente debe de inspirar hacia adentro en el momento de pulsar el inhalador para que la medicación entre al cuerpo. Hay que tener cuidado con la medicación pues en muchas ocasiones si hay exceso de inhalaciones provoca nerviosismo, temblor.
- En el momento que el paciente maneje correctamente los inhaladores se considerará autónomo en la administración de su medicación y no tendrá que ir con regularidad al centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

Es importante como se ha comentado el buen uso de la medicación y el manejo correcto, por ello las instrucciones o educación sanitaria que puede ofrecer el TCAE será beneficioso para el paciente con patologías respiratorias y que desconozcan esta utilidad.

Es un tema muy discutido ya que aparentemente es una actuación delegada de los superiores a el TCAE debido a que no va por una vía invasiva ni hace falta tener que canalizar periféricas etc.

Se ha también podido observar que hay que tener paciencia y explicar todos los pasos para que el paciente comprenda con lenguaje claro todo lo que se le va a enseñar.

6 Bibliografía

1. Burgos F. Terapia inhalada sin educación, un fracaso anunciado. Arch Bronconeumol. 2002; 38(7): 297-9.
2. Molina Muñoz Carreira P. Educación sobre el uso de inhaladores en pacientes hospitalizados. Metas de Enfermería dic 2005; 4(10): 16-20.

3. J.R. Hurst, R. Kuchai, P. Michael, W.R. Perera, T.M. Wilkinson, J.A. Wedzicha. Nasal symptoms, airway obstruction and disease severity in chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Physiol Funct Imaging*, 26 (2006), pp. 251-256.

Capítulo 79

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON TRACCIONES ESQUÉLETICAS

MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ

VERONICA NUÑEZ GIL

ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS

ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO

RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ

1 Introducción

El paciente que porta una tracción esquelética es que ha llegado a sufrir una caída, un accidente lo que supone que debe inmovilizar la zona anatómica que esta lesionada.

La tracción esquelética corresponde a un método transitorio de tratamiento de las fracturas, especialmente diafisarias de los huesos largos (generalmente del miembro inferior). El objetivo es lograr la tracción axial (en el eje) de la extremidad, para de esta forma lograr un alineamiento de la fractura.

Esto conlleva a una disminución del dolor y del daño de partes blandas alrededor del foco de fractura.

Se denomina tracción a la fuerza constante aplicada sobre una parte del cuerpo, cuyo objetivo es alinear y mantener el hueso fracturado. Se desarrollan los principios de la tracción, los objetivos, los tipos de tracción y los cuidados de los profesionales de sanidad, en cada una de ellas.

Podemos decir que la tracción suele ser utilizada en la reducción cerrada de las fracturas. Su objetivo es recuperar la longitud y alineación normal del hueso ejerciendo fuerza en dos direcciones contrarias. Debe ser lenta y sostenida. Aplicar fuerza con la mano sobre una parte del cuerpo. Aunque también existe la tracción cutánea indicada para actuar y aliviar el espasmo muscular.

2 Objetivos

Describir los cuidados básicos que el TCAE va a tener que administrar a pacientes con una tracción esquelética inmovilizados 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 cuidados son los que se le deben administrar al paciente con una tracción esquelética.

Palabras clave: cuidados, formación, tracción y fractura.

4 Resultados

- En nuestro trabajo que ha llegado a ser una revisión bibliográfica, nos ha ayudado a explicar mediante artículos y textos de estos, cuales son los cuidados básicos que debe realizar el TCAE ante un paciente con una tracción esquelética.
- En un primer momento el TCAE deberá conocer el funcionamiento de la tracción y como hay que movilizar a la paciente.
- El TCAE ayudara al paciente en la función de aseo ya que con la tracción esquelética esta limitado, y hidratara para evitar ulceras por presión, o heridas por estar tan limitados. Tras esto se tendrá que mantener la posición en semi-fowler al paciente con tracción .
- El TCAE es el profesional sanitario encargado de valorar las características de las partes distales a la tracción para detectar dificultades circulatorias, controlando pulsos periféricos, coloración de la piel, temperatura de la zona y dolor. Y comprobar que esta correctamente colocada en la zona destinada para la tracción

esquelética.

- Otro aspecto a tener en cuenta es la de Observar el estado del vendaje, comprobando que no presente arrugas ni deslizamientos. En caso de que observe alguna arruga avisara a el diplomado universitario en enfermería para que pueda solventar esta situación.
- Generalmente este tipo de tracciones son en miembros inferiores con lo que se ayudara a el paciente en los desplazamientos ayudado por una silla adaptada a la tracción.
- El TCAE comentara algunos posibles síntomas al paciente para que si llegara a aparecer nos informe inmediatamente, como entumecimiento, adormecimiento pues puede que este realizando alguna oclusión a nivel circulatorio, con lo que puede agravar la situación de este paciente.
- El paciente puede llegar a un estado emocional de depresión, tristeza etc., pues en otras ocasiones era autónomo y ahora depende de otras personas.

5 Discusión-Conclusión

Es un tema en el que el TCAE lleva mucha responsabilidad, ya que una mala movilización o ayuda puede suponer un riesgo para la recuperación o curación de este paciente.

El TCAE como se ha podido observar debe ser consciente de que debe conocer y familiarizarse con la tracción esquelética, en caso de no conocerla deberá pedir ayuda para la movilización del paciente, aseo etc.

Se ha podido comprobar que el cuidado de estos pacientes es algo muy importante a nivel asistencial y cuidados básicos con lo cual hay que cuidar cada detalle que se realice con este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. Llauradó Sanz, Gemma; Sierra Vázquez, Laura; Canel Ruíz, Elisabet. Cuidados de Enfermería en la colocación y mantenimiento de tracciones de partes blandas. Ene, 2014, vol. 8, no 3.
2. Serradell Muñoz, Silvia. Plan de cuidados de un paciente con fractura de cadera. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 2012, vol. 4, no 1.

Capítulo 80

BIENESTAR Y SALUD MENTAL EN LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) COMO PROFESIONALES DE LA SANIDAD

MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ

VERONICA NUÑEZ GIL

ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS

ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO

RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ

1 Introducción

En la actualidad el nivel de salud mental a nivel de la sanidad es malo, ya que los profesionales de la salud tienen mucha carga emocional y carga de trabajo excesivo.

Generalmente el bienestar suele estar afectado en profesionales de la salud que están a el cuidado de los pacientes, en ocasiones las emociones contenidas, la empatía con estos genera un círculo vicioso y no salen salir de él.

El bienestar psicológico se describe como el hecho de sentirse realizado y satisfecho con la vida desde un estado de salud emocional, física y psicológica. Podemos llegar a definir bienestar como la medida en que un individuo está satisfecho con

su vida, y al mismo tiempo experimenta una preponderancia de la afectividad positiva (como felicidad) y posee una mente y un cuerpo sanos. Así, el bienestar psicológico es un indicador relevante en la salud mental. Su evaluación tiene un importante uso práctico para diagnosticar y prevenir problemas de salud mental. Todo esto conlleva una serie de cambios en el sistema de trabajo con los pacientes, incluso con los compañeros.

Nuestro trabajo es la base de como se llega a entender el bienestar psicológico y la salud mental de todos los profesionales de la sanidad, independientemente de que categoría pertenezcan.

2 Objetivos

Conocer qué tipo de prevención puede llegar a realizar el profesional de la salud para el buen mantenimiento de la salud mental y el bienestar psicológico.

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 se puede realizar a la hora de poder estar con un bienestar físico y mental.

Palabras clave: bienestar, cuidados, cargas, emocional y mental.

4 Resultados

- En nuestro trabajo hemos podido incluir artículos los cuales nos han hecho entender que tras la pandemia y tras toda la carga de trabajo que lleva a cuestras el profesional de la sanidad, va o puede llegar a generar un bienestar y una salud mental comprometida.
- El TCAE Puede llegar a comentar que ante este trabajo en el que va a valorar el bienestar psicológico o mental, la inteligencia emocional y el bienestar psicológico podrían ser considerados entonces como factores protectores ante el estrés laboral.
- El profesional sanitario podrá evaluar este nivel de salud mental mediante un El instrumento utilizado para evaluar la inteligencia emocional fue el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), el cual contiene tres dimensiones clave de la inteligencia emocional: percepción emocional, comprensión emocional y regulación emocional (denominadas en lo adelante subescalas o dimensiones), cada una con 8

ítems.

- En cuanto a este tipo de escalas nos van a dar un resultado el cual nos indica el nivel de estrés entorno a la salud mental puede padecer un profesional de la sanidad.
- También como resultado a este trabajo nos podemos encontrar, desarrolla sus competencias con el objetivo de ofrecer cuidados profesionales para la atención de la salud tanto a nivel individual como de la comunidad.
- Los profesionales sanitarios que desarrollan sus intervenciones en el ámbito asistencial se someten a un continuo contacto humano en su práctica diaria, empatizan y comparten diferentes emociones con los pacientes y sus familiares, acompañan en el proceso de salud y enfermedad y ofrecen cuidados humanizados. Estas situaciones pueden desgastar la salud mental del profesional y generar estrés.
- Cual podría ser la solución no involucrarse con los pacientes aunque si empatizar con ellos y un buen cuidado de estos.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro trabajo hemos documentado que incluso con instrumentos a nivel de escalas, encuestas podemos detectar que la salud mental y el bienestar psicológico de muchos de los profesionales sanitarios esta afectado por la excesiva carga de trabajo, estrés etc.

Es un tema muy actual y que debería ser tratado en todos los centros, hospitales de la sanidad tanto pública como privada.

El profesional de sanidad tarda en pedir ayuda ante este nivel de estrés o agobio pues cree que va a poder con ello, pero lo que esta generando es un acumulo que llega a explotar y agrava la situación de este.

6 Bibliografía

1. Moreno-Casbas, M. T., Alonso-Poncelas, E., Gómez-García, T., Martínez-Madrid, M. J., & Escobar-Aguilar, G. (2018). Percepción sobre la calidad de los cuidados, entorno laboral y características del sueño de las enfermeras que trabajan en el Sistema Nacional de Salud. *Enfermería Clínica*, 28(4), 230–239.
2. Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale

(10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 63.7525-9-63 Ogińska-Bulik, N. (2018).

3. Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in nurses working in palliative care - The role of psychological resilience. *Postepy Psychiatrii i Neurologii*, 27(3), 196–210. <https://doi.org/10.5114/ppn.2018.78713>.

Capítulo 81

LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

ROSA MARÍA DÍAZ FERNÁNDEZ

FRANCISCA BOTANA VÁZQUEZ

CRISTINA GARCÍA CANO

FELISA DIAZ FERNANDEZ

MARÍA DOLORES SOLANILLA DIAZ

1 Introducción

Los servicios de urgencias, son dispositivos asistenciales que se han desarrollado a raíz de la publicación de la Ley General de Sanidad en 1986. Es el área responsable de dar atención médica y quirúrgica a pacientes que requieren una atención inmediata, sin cita y a la que pueden acudir en cualquier momento. Tienen una alta frecuentación y gran sobrecarga asistencial, a la vez que dispensan una elevada calidad asistencial y son elementos estratégicos en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), define urgencia sanitaria como “la aparición fortuita, imprevista o inesperada, en cualquier lugar o actividad, de un

problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de la necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”.

El servicio de Urgencias, es un área donde existe el contacto con todo tipo las patologías y edades y donde el TCAE, ha de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos.

Una Urgencia tiene una evolución lenta y no tiene por qué ser mortal, pero debe ser atendida en un cierto periodo de tiempo para evitar complicaciones mayores; por otro lado, una Emergencia es una situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función vital de un órgano. Para ello cuando los pacientes acuden al servicio de urgencias, el personal les realiza un Triage, que es una de las herramientas más importantes, para valorar el orden en que deber ser atendidos, según la severidad de su sintomatología, es un proceso de valoración clínica previo a la valoración médica y terapéutica, favoreciendo que la atención sea eficaz, oportuna y adecuada.

Las funciones del TCAE en el servicio de urgencias son:

1. Recibir Inicialmente al paciente una vez que ha pasado por los servicios de admisión y triaje, identificándolo y acomodándolo, también si es preciso, ayudándole a desvestirse y vestirse proporcionándole además todo lo necesario y preservando su intimidad en todo momento.
2. Transportar al paciente, inmovilizarlo si es necesario y prepararle para la exploración que lleve a cabo el doctor.
3. Recoger las pertenencias y la ropa del paciente en el caso en el que sea necesario, y guardarla debidamente.
4. Medir las constantes vitales.
5. Limpiar y mantener correctamente el equipo hospitalario.
6. Asistir a los pacientes siempre que lo necesiten en la toma de medicamentos por vía oral o rectal, además de ayudarles con su alimentación e higiene.
7. Tramitar las solicitudes y las muestras del paciente que se soliciten (de orina, sangre).
8. Velar por el correcto mantenimiento de los boxes y comprobar que están equipados con todo el material necesario.
9. Ayudar a la enfermera en todo lo posible: colocar sondas, administrar medicamentos.
10. Rellenar la documentación oficial.
11. Informar tanto a pacientes como a familiares de todo lo concerniente al funcionamiento del hospital y resolver cualquier duda que se presente.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE en el servicio de urgencias en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos de: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En urgencias, pueden surgir todo tipo de afecciones, y el personal TCAE debe de estar totalmente implicado y preparado para actuar, junto con un equipo multidisciplinar, ante cualquier complicación que pueda surgir, para ello existen todos los protocolos necesarios de técnicas a realizar y es función del TCAE preparar dichas técnicas y colaborar con el enfermero y/o equipo médico, también es el encargado de preparar al paciente para dichos procedimientos.

Una vez admitido y triado (clasificación y priorización de la atención urgente), el TCAE es la primera persona que recibe al paciente en urgencias. Le ha de identificar y acomodar, ayudándolo, si precisa, a desvestirse y vestirse tanto en la entrada, como en el momento del alta. Es importante valorar el grado de dependencia, (observar si es o no continente, si es autónomo, etc.), para saber el grado de ayuda que necesita. Observar, a su llegada a urgencias, si existen lesiones en la piel y en caso afirmativo, anotarlas y comunicarlo al enfermero/a. Todo ello, preservando su intimidad y explicándole todo lo necesario para su comodidad y tranquilidad.

En las estancias prolongadas, el TCAE, es el responsable de la higiene de cada paciente, colaborando con el de manera parcial o total. Muy importante, ante pacientes total o parcialmente dependientes, observar y vigilar la presencia de las úlceras por presión UPP, asegurarse de realizar los cambios posturales y una correcta higiene e hidratación para asegurar la integridad de la piel.

El TCAE., también es el encargado de la alimentación, parte importante del tratamiento; de su solicitud y registro de las dietas prescritas por los facultativos, según el tipo de patología; y supervisar, ayudar al paciente en dicha actividad.

El TCAE, además es el responsable del instrumental utilizado, su limpieza y posterior traslado a esterilización, así como de ir a recogerlo y mantener ordenado el stock de material estéril. Debe revisar el stock general de urgencias; los boxes de los pacientes; el aparataje del servicio, comprobando su funcionamiento y anotando cualquier incidencia existente.

La TCAE, realizará y supervisará cada alta o traslado que se produzca en la unidad, dejando el box listo para su limpieza y prepararlo posteriormente para otro paciente. Todas las tareas realizadas han de registrarse, siempre en la toda de evolución de Enfermería.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de urgencias es un trabajo en equipo, perfectamente coordinado, donde cada uno conoce cuáles son sus funciones.

El TCAE's, junto con todo el personal del servicio de urgencias, son fundamentales y necesarios para una actuación eficaz y rápida ante las urgencias. La actuación conjunta, determina la posterior evolución de los pacientes con patologías urgentes, que llegan al hospital y hasta el momento del alta o traslado de la unidad.

Es fundamental unificar los criterios y protocolos, ya que así se facilita el aprendizaje, se agiliza la estancia del paciente, se evitan posibles olvidos y se protege ante reclamaciones que no prosperarán si se actuó según lo establecido.

6 Bibliografía

1. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/>.
2. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/>.
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200003.

Capítulo 82

PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

SONIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ

MARÍA DOLORES CARRASCAL GARCÍA

SILVIA ALONSO ALBUERNE

MARIA DOLORES LOPERA DOMÍNGUEZ

1 Introducción

Se puede definir los primeros auxilios como el conjunto de actuaciones y técnicas que permiten la atención inmediata de una persona accidentada, hasta que llega la asistencia médica profesional, a fin de que las lesiones que ha sufrido no empeoren. De esta actuación dependerá la evolución de la persona accidentada. Los primeros auxilios se refieren a la atención médica administrada inmediatamente después de que ocurre una lesión. Frecuentemente consiste en un tratamiento a corto plazo y requiere un mínimo equipo o entrenamiento. El aprendizaje de unos conocimientos y técnicas sencillas de Primeros auxilios al alcance de todos nos permiten en algunas situaciones el poder salvar vidas y en otras muchas disminuir las secuelas de las lesiones o saber que hemos realizado

todo lo posible para que esa vida tenga sus máximas posibilidades de supervivencia. Para prestar la atención inicial en los Primeros Auxilios siempre hay que ser consciente de las propias limitaciones y no intentar heroicidades. La actuación en los cinco primeros minutos de una situación de emergencias es fundamental, mantener la calma, pero actuar rápidamente. Examinar bien a la persona herida o accidentada. No hacer más que lo indispensable. Mantener al herido caliente. No dar jamás de beber a una persona inconsciente y tranquilizar a la víctima.

2 Objetivos

Conocer el protocolo de actuación en primeros auxilios.

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 reanimación cardiopulmonar (RCP) básica:

La reanimación es el conjunto de maniobras que se realizan para asegurar el aporte de sangre oxigenada al cerebro cuando fallan los mecanismos naturales. Estas maniobras se ejecutan según detectemos la ausencia de una constante vital (la respiración o el pulso) o ambas. Es fundamental que se realicen de una manera rápida, exacta y ordenada, pues la ejecución de maniobras de reanimación sobre una persona que respire o tenga pulso puede ser fatal, acarreando lesiones internas graves e incluso la muerte.

Sólo un médico puede certificar el fallecimiento por lo cual, una persona no profesional de la medicina, ante la ausencia del pulso en la víctima, siempre realizará la reanimación.

Valoración primaria y RCP:

Consiste en la exploración de las constantes vitales con el único fin de detectar su presencia. Se realizará de manera rápida y sistemática, siguiendo los siguientes pasos:

- Consciencia: para evaluar la consciencia se preguntará a la víctima si nos escucha y cómo se encuentra, a la vez que la sacudimos ligeramente los hombros o se la pellizca la cara. No sólo buscaremos que el paciente nos dé una respuesta verbal, sino que podemos esperar cualquier movimiento de defensa del tipo de apertura o cierre de ojos, retirada de la cara o manos ante pellizcos, etc. Si la víctima responde, pasaremos a realizar la valoración secundaria; si, por el contrario, no percibimos ninguna respuesta consideraremos a la víctima inconsciente, avisaremos a una ambulancia asistencial o a un facultativo y pasaremos a prepararnos para la evaluación de la respiración. Si la persona está inconsciente como consecuencia de un golpe (traumatismo) siempre se la supondrá y tratará como si tuviera lesión en la columna vertebral, tratando y movilizándolo el eje cabeza, cuello y tronco como un solo bloque.
- Preparación: nos colocaremos a la altura de los hombros, quitaremos la ropa que nos moleste del pecho de la víctima, aflojaremos corbata y cinturón, retiramos cadenas o collares y colocaremos a la víctima tumbada sobre un plano duro en decúbito supino (boca arriba) con los brazos a lo largo del cuerpo.
- Respiración: la evaluaremos acercando un lateral de nuestra cara a la boca y nariz de la víctima mientras que miramos su pecho y abdomen. Buscamos con esto oír o sentir en nuestra mejilla la entrada y salida del aire de la víctima, a la vez que nos permite ver y observar el movimiento respiratorio del tórax y abdomen. Si la respiración existe, giraremos su cabeza hacia un lado y pasaremos a realizar la valoración secundaria, si, por el contrario, la respiración no está presente realizaremos 2 insuflaciones seguidas (boca a boca) y a continuación valoraremos su pulso.
- Boca a boca: consiste en introducir en los pulmones de la víctima el aire contenido en nuestra boca. Para ello, manteniendo el cuello de la víctima en extensión, pegaremos nuestros labios herméticamente alrededor de la boca de la víctima mientras pinzamos su nariz con los dedos índice y pulgar de la mano que mantenemos en la frente, le insuflaremos el aire con fuerza durante no más de dos segundos a la vez que miramos su tórax y abdomen y nos aseguramos de que lo que sube es el tórax.
- Pulso: localizaremos el pulso en cualquiera de las arterias carótidas. Si sentimos el pulso seguiremos realizando el boca a boca a ritmo de 1 insuflación cada 5 segundos, si por el contrario, la víctima carece de pulso no golpearemos el tórax con el puño y comenzaremos el masaje cardíaco externo.
- Masaje cardíaco externo: consiste en comprimir el corazón entre el esternón y la columna vertebral cargando nuestro peso sobre el tercio inferior del esternón de la víctima. Las compresiones serán secas y rítmicas, en número de 15, pos-

teriormente volveremos a dar dos insuflaciones rápidas y de nuevo 15 masajes externos. Cada conjunto de 2 insuflaciones y 15 masajes se denomina ciclo de reanimación. Al finalizar cada secuencia volveremos a valorar si el pulso está presente. Si no hay pulso seguiremos realizando secuencias hasta que retorne. Cuando el pulso retorne volveremos a valorar la respiración, daremos por finalizada la resucitación cuando otra persona nos sustituya, cuando un médico certifique el fallecimiento de la víctima, cuando recupere las constantes vitales o cuando estemos agotados y no podamos continuar con la reanimación.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos mencionar que los primeros auxilios son vitales en caso de que una persona haya sufrido un accidente para mantenerla con vida hasta que llegue el personal médico.

Consiste en determinar el estado de la víctima mediante la localización de todas sus lesiones. Para ello reevaluaremos y cuantificaremos su conciencia, respiración, pulso y realizaremos una exploración rápida pero ordenada de todo su cuerpo en busca de sangre, deformidades, secreciones, anormalidades en el color, temperatura y aspectos de la piel. A ser posible siempre utilizaremos guantes para tocar a una víctima para evitar contagios de nosotros hacia ello o la inversa, aunque su aspecto parezca saludable. Si la víctima puede colaborar, le preguntaremos por sus molestias, dolores, detectando cualquier problema de orientación o memoria y una ligera conversación de lo que vamos a hacer.

6 Bibliografía

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

Capítulo 83

PACIENTE OPERADO DE FRACTURA DE CADERA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

RAQUEL GARCIA SEMOLINO

JOSEFA BONILLA ROMERO

GEMA DONAIRE RODRIGUEZ

YOLANDA PAVÓN GOMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL

1 Introducción

La fractura de cadera es la causa de operación más habitual en ancianos, entre los factores de riesgo que más predisponen para sufrir una rotura de cadera se encuentran:

- Ser mayor de 65 años.
- Pertenecer al sexo femenino.
- Tener antecedentes de fractura de cadera materna.
- Padecer demencia, enfermedades neurológicas, discapacidad visual que causen caídas.

- Padecer osteoporosis, es la enfermedad ósea más frecuente, consiste en la disminución de la masa ósea y la alteración del tejido óseo, con lo que aumenta la fragilidad de los huesos y lleva más fácilmente a la rotura.

Las fracturas de cadera pueden tener muchas complicaciones como: trombosis venosa, embolias, discapacidades físicas, infecciones de la herida quirúrgica, etc. Aunque la complicación más habitual suele ser la aparición de úlceras por presión, esto es debido a que la mayoría de los pacientes operados de fractura de cadera son ancianos, y para recuperarse han de permanecer bastante tiempo encamados.

La operación de cadera, suele consistir en la sustitución por una prótesis, indicada en pacientes de edad avanzada, con alteraciones neurológicas, mentales con complicado control o cuando anteriormente ha fracasado una osteosíntesis (unir la fractura con tornillos, placas o clavos).

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio son fundamentales para que recuperen la funcionalidad de la extremidad afectada, siendo básico iniciar la movilización lo antes posible para evitar complicaciones.

2 Objetivos

- Saber qué pacientes están más predispuestos a sufrir una rotura de cadera.
- Explicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de estos pacientes tras la intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica a través de distintas páginas web de internet, utilizando como motor de búsqueda Google Académico, y en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, teniendo en cuenta palabras clave como instrumental, cadera, posturas corporales, osteoporosis.

4 Resultados

El trabajo del TCAE es muy importante en la recuperación de los pacientes con fractura de cadera, ya que como hemos comentado anteriormente es primordial la movilización, siendo aconsejable que el paciente pase de la cama a la silla a las 24

horas de la intervención. Después de la operación se suele hacer una radiografía de control, para comprobar cirugía.

El TCAE debe cerciorarse que la movilización de pacientes con cirugía de prótesis de cadera se realice adecuadamente, para evitar posibles complicaciones y minimizar el dolor que la movilización pueda producir en el paciente.

Ha de comprobar que no hay contraindicación médica ni para la movilización y que el dolor del paciente la permite, valorando el estado general del paciente desde que se realizó la cirugía (desorientación, miedo, dolor, etc.).

Para realizar una movilización de la cama a la silla, hay que preparar el entorno, quitando posibles obstáculos y contando con suficiente personal para ejecutar la maniobra.

Es necesario explicar al paciente con términos comprensibles la técnica de movilización y pedirle, si es posible, su colaboración.

Si el paciente puede, se recomienda que use andador, para que vaya recuperando la movilidad, con calzado plano y suela antideslizante.

Si la movilización de cama a silla o la bipedestación no fuera posible, para la higiene y cambio de ropa del paciente, se le colocará en decúbito lateral apoyado sobre el lado sano, procurando mantener la alineación de la extremidad operada para así evitar dolor.

Cuando el paciente esté acostado debe estar con las piernas separadas por una almohada y sin rotar los pies.

Cuando el paciente se pueda levantar, es recomendable que salga y entre por el lado de la extremidad afectada para evitar la rotación, debe elevar la parte superior del cuerpo apoyándose en los codos y manos, bajando primero la pierna operada sin doblarla.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad de los cuidados es lograr que el paciente recupere su movilidad.

Debe vigilar la aparición de úlceras por presión si el paciente permanece encamado durante tiempo prolongado.

Si el paciente puede iniciar la bipedestación y deambular, se le suministrarán los dispositivos de apoyo adecuados como puede ser un andador o muletas.

Al paciente se le enseñarán técnicas de autocuidado, para que aprenda a moverse adecuadamente, insistiéndole que evite movimientos rotatorios que le pueda producir daños en el lado operado.

Se le explicará la importancia de la alimentación, ya que una alimentación deficiente puede producir pérdida de masa ósea y muscular que empeorará su salud

y aumentará el riesgo de sufrir futuras caídas.

También se le recomendará el uso de calzado adecuado, el uso de muletas o andadores si fuese necesario.

En resumen, un TCAE debe conocer y aplicar la técnica para la movilización de pacientes operados con prótesis de cadera, así como la técnica de higiene en cama, además de enseñarle técnicas y aconsejarle para que el paciente consiga la recuperación.

6 Bibliografía

1. Prótesis total de cadera (PTC) Dr. Delgado [Internet]. Delgado-trauma.com. 2018 [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.delgadotrauma.com/protesis-total-de-cadera-delgado/>.
2. García M. Recomendaciones tras la fractura de cadera en el adulto mayor [Internet]. Webconsultas.com. Webconsultas Healthcare; 2018 [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/tercera-edad/la-salud-del-mayor/recomendaciones-tras-la-fractura-de-cadera-en-el-adulto-mayor>.
3. Fractura de cadera: tipos, tratamientos y cuidados [Internet]. Depencare.com. 2020 [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.depencare.com/fractura-de-cadera>.
4. Operación de prótesis de cadera: cuidados y recuperación de personas mayores [Internet]. Institucioibars.com. 2020 [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.institucioibars.com/operacion-de-protesis-de-cadera-cuidadosy-recuperacion-de-personas-mayores/>.

Capítulo 84

EL ASEO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

RAQUEL GARCIA SEMOLINO

JOSEFA BONILLA ROMERO

GEMA DONAIRE RODRIGUEZ

YOLANDA PAVÓN GOMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL

1 Introducción

Los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital, necesitan una serie de cuidados especiales para poder cubrir sus necesidades básicas.

La higiene del paciente es primordial ya que se obtiene una serie de beneficios como son:

- Eliminar las descamaciones de células muertas de la epidermis.
- Limpiar la piel de sudor, suciedad y exceso de grasas.
- Evitar una la proliferación de bacterias que favorecen las infecciones.
- Estimular la circulación sanguínea.

- Mantener la piel en buenas condiciones.
- Contribuir al bienestar del paciente tanto físico como psíquico aportando sensación de bienestar y así ayudar al descanso.

Además de los beneficios descritos anteriormente, tenemos que tener en cuenta que la piel es una barrera del cuerpo, cumple con una función protectora, evitando la proliferación de bacterias.

Durante la realización de la higiene del paciente, se debe prestar atención al aspecto de la piel, vigilando la posible aparición de heridas en las zonas de presión para prevenir úlceras por presión (lesiones en la piel y el resultantes por una presión prolongada sobre la piel), alergias, infecciones, etc.

En definitiva, la higiene del paciente es una actividad cotidiana fundamental e importante de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería (TCAE).

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la higiene del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Describir los pasos a seguir en dicha higiene.

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.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva con palabras clave como: UCI, higiene del paciente encamado, úlceras por presión.

4 Resultados

En la UCI, los pacientes suelen tener patologías graves que requieren drenajes, vías centrales, intubaciones o traqueostomías, por lo que su aseo ha de realizarse con mucho cuidado, además, tenemos que intentar que el paciente se sienta cómodo en la medida de lo posible, preservando su intimidad, mostrándole respeto para no vulnerar su derecho a la dignidad.

Los pacientes de UCI suelen estar monitorizados por lo que su aseo debe realizarse con sumo cuidado para evitar posibles complicaciones.

Para la realización de la higiene del paciente encamado son los siguientes:

- Si el paciente está consciente le explicaremos lo que se le va a realizar y solicitaremos su colaboración en la medida de lo posible.
- Comprobaremos que la temperatura esté entre los 22°- 24°, evitando que se produzcan corrientes de aire.
- Prepararemos lo necesario para el aseo: palangana, esponjas desechables jabonosas, toallas, suero, vaselina, ropa limpia y bolsa para la ropa sucia.
- Preservaremos la intimidad del paciente, con cortinas o biombos, intentando mantener al paciente desnudo lo mínimo posible.
- Empezaremos mojando las esponjas en agua templada aseando primero la cara, evitando que entre jabón en los ojos, nariz y boca. El lavado de los ojos se realiza con suero fisiológico desde la parte interna a la externa. En la boca, frotaremos los dientes, encías y lengua con una torunda (Si el paciente tiene prótesis dental se la quitaremos y dejaremos en remojo en un vaso con antiséptico, en los labios le aplicaremos un poco de vaselina para su hidratación.
- Seguiremos enjabonando el cuello, axilas, brazos y torso, prestando atención a los pliegues. Aclararemos y secaremos, dejando tapadas las zonas ya aseadas para evitar enfriamientos. Posteriormente seguiremos con las piernas, realizando los mismos pasos que en la zona superior.
- Finalmente, haremos el lavado de los genitales con otra esponja, siempre de abajo hacia arriba, aclarando y secando tras ello.
- Cuando la piel esté limpia, aplicaremos loción hidratante con masajes circulares para estimular la circulación sanguínea.
- Si es necesario pondremos aceites o cremas adecuadas para proteger zonas de mayor presión.
- Vestiremos al paciente con la ropa limpia y cambiaremos la ropa de la cama.
- Es muy importante observar el estado de la piel para ver si tiene alteraciones.
- Durante el aseo no deben mojarse los apósitos de vías, ni traqueales o quirúrgicos.
- Después del aseo se debe realizar el cambio postural del paciente.

Durante las movilizaciones del paciente tenemos que vigilar que no se produzcan desconexiones de drenajes, vías, respirador, etc. (la limpieza de sondas y catéteres también es muy importante porque previene las posibles infecciones nosocomiales).

5 Discusión-Conclusión

La higiene al paciente en UCI, es beneficiosa en numerosos aspectos como son la comodidad y el bienestar pero también es una forma de prevenir infecciones, ya que en el aseo se eliminan microorganismos patógenos y células muertas.

Los pacientes en UCI, suelen tener lesiones graves, por lo que durante su aseo, se tener mucho cuidado, evitando tirones y movimientos bruscos para no desconectar ningún aparato, sonda, drenaje, el aseo se debe realizar entre varias personas, aplicando las medidas de mecánica corporal para evitar lesiones innecesarias.

En pacientes encamados el aseo adquiere una gran importancia dependiendo del grado de invalidez del paciente, ya que higiene es la suma de procedimientos que permiten una mejor defensa de la piel contra las enfermedades e infecciones.

En la higiene del paciente debemos mostrar respeto y empatía ya que hemos de comprender que además de la dolencia que tiene puede sentirse angustiado al estar postrado y ser dependiente, es fundamental el trato humanizado hacia el paciente durante su higiene, ya que supone la pérdida de intimidad en el proceso.

6 Bibliografía

1. Hospitaldejove.com. [citado el 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hospitaldejove.com/>.
2. Mayes, ME. Higiene personal de los pacientes. Manual para la auxiliar de Enfermería. Ed. Interamericana, 1988:107- 126.

Capítulo 85

EL TÉCNICO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL RASURADO DE PACIENTES EN QUIRÓFANO

RAQUEL GARCIA SEMOLINO

JOSEFA BONILLA ROMERO

GEMA DONAIRE RODRIGUEZ

YOLANDA PAVÓN GOMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL

1 Introducción

La preparación del área que va a ser intervenida y en lo referente a la piel se realiza con el objeto de prevenir las infecciones producidas por la flora que coloniza nuestra piel en circunstancias normales. En este procedimiento lo que se realiza es remover la suciedad, la grasa, y microorganismos de flora transitoria que se encuentran en la piel y llegar a controlar mediante soluciones antisépticas a los microorganismos residentes que son la población bacteriana, que reside en los folículos pilosos y que no son eliminados con el lavado rutinario habitual). La adecuada preparación de la piel nos va a permitir reducir el riesgo de infecciones de la herida operatoria asociadas a estos procedimientos invasivos, mejorando como consecuencia, la calidad de la atención de los pacientes, para ello el aseo

del área quirúrgica es de vital importancia en la zona operatoria y áreas circundantes. Deben estar limpias, sin residuos, libres de suciedad y así la flora bacteriana quedara reducida a niveles mínimos. Los estudios además demuestran que la infección disminuye en gran consideración al acortar el tiempo de ingreso preoperatorio del paciente dentro del Centro Asistencial. El aseo siempre se debe comenzar antes de la preparación quirúrgica de la piel.

2 Objetivos

- Conocer los pasos y pautas a seguir, así como el material a utilizar para la preparación de la piel.
- Describir el rasurado como parte muy importante de la prevención de infecciones y de la preparación antes de la intervención quirúrgica.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación describiremos por zonas, como se debe proceder a la hora de rasurar y de que la técnica sea lo más higiénica y eficaz posible para la prevención de posibles infecciones derivadas de una mala praxis.

La zona a rasurar depende de la cirugía que se vaya a practicar:

En cirugía abdominal, se rasura desde la línea mamaria hasta el tercio superior de los muslos hasta la línea de la mesa, con el paciente en decúbito supino. Incluye el vello púbico.

En cirugía mamaria y torácica, se rasura el hombro, la región superior del brazo hasta el codo, la axila y la pared torácica hasta la línea de la mesa, y más allá del esternón hasta el hombro opuesto. El paciente se encuentra en decúbito lateral.

En cirugía toraco-abdominal lateral, el rasurado incluye la axila, el tórax y el abdomen, desde el cuello hasta la cresta ilíaca. Se extiende hasta la línea media, tanto anterior como posteriormente. El paciente está en posición lateral.

En cirugía recto perineal y vaginal, la preparación abarca el pubis, la vulva, los labios, el periné, el ano y zonas adyacentes, incluida la cara interna del tercio superior de ambos muslos. La posición del paciente será de litotomía.

En cirugía de cadera, la preparación abarca el abdomen del lado afectado, el muslo hasta la rodilla y las nalgas hasta la línea de la mesa, la ingle y el pubis. La posición del paciente será en litotomía/ginecológica.

En cirugía de rodillas y de la región distal de la pierna, la zona a preparar incluye la circunferencia total del miembro afectado y se extiende desde el pie hasta la región superior del muslo.

En las intervenciones de mano y pie, las uñas deben limpiarse minuciosamente.

5 Discusión-Conclusión

Con estas normas y procedimientos llegamos a la conclusión de que en la preparación de los pacientes deben estar escritas, y por supuesto revisadas mínimo anualmente por los cambios y modificaciones en avances de investigación que se vienen produciendo y siempre deben estar a la disponibilidad del personal de enfermería en el lugar de trabajo para su guía y consulta.

Las normas y procedimientos, determinan responsabilidad y autoridad, serán estas guías las que determinen los procedimientos y deben incluirse en la educación y orientación del personal, ayudando al desarrollo del conocimiento, aptitudes y habilidad y que van a influir y mucho en la prevención de las infecciones hospitalarias y en el cuidado del paciente, positivando la experiencia y calidad de la atención.

6 Bibliografía

1. <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/recomendaciones/piel.html>.

Capítulo 86

LA UTILIZACIÓN DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS EN EL ÁREA HOSPITALARIA

ANA FERNÁNDEZ PELÁEZ

1 Introducción

La contención mecánica es un procedimiento, con finalidad terapéutica, mediante el cual se limitarán los movimientos de parte del cuerpo del paciente, o en su totalidad. Por lo tanto se debería acudir a él como medida de última elección. Este método terapéutico se encuentra indicado en escenarios de agitación psicomotriz, situaciones en las que el paciente pueda ocasionar daño o lesiones, tanto a sí mismo como a terceras personas; y del mismo modo, podrá indicarse para que pueda llevarse a cabo, de forma óptima, el tratamiento pautado durante su estancia hospitalaria y evitar la retirada de dispositivos necesarios para el tratamiento, como por ejemplo una sonda vesical. (1,2)

Podemos referirnos a este procedimiento tanto como sujeciones mecánicas, contenciones mecánicas como restricciones físicas.

Se define Sujeción Mecánica como cualquier procedimiento o método que mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, que este no sea capaz de mover o retirar. Como definición de Contención Mecánica nos encontramos: procedimiento físico o mecánico dirigido a contener, sujetar o limitar el movimiento parcial o total del cuerpo, y que no puede ser manipulado o retirado por el paciente para mantener su seguridad y eficacia.

2 Objetivos

- Conocer cuando es preciso la utilización de este mecanismo de sujeción y qué personas deben colocarle dicha sujeción.
- Determinar las normas de su utilización y conocer sus protocolos.

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.

4 Resultados

La restricción física que se somete al paciente con la aplicación de las contenciones mecánicas debe estar indicada por prescripción médica.

La enfermera responsable del paciente y con ausencia del médico en ese momento, puede tomar la decisión de la sujeción mecánica, con justificación del motivo, y una confirmación y prescripción médica a la mayor brevedad.

Deberá de informarse al familiar de la sujeción y el motivo por el que se realiza, de esto deberá informar el facultativo.

Los motivos o razones por los cuales se puede realizar o justificar la contención mecánica son: o Prevenir conductas del paciente, que puedan dañar a familiares, personal sanitario u otros pacientes, caídas o conductas autolesivas incluso. o Evitar interferencias en el tratamiento del paciente.

Contraindicaciones para realizar la contención: (1, 4, 6)

- No existencia de indicación.
- Si existe actuación alternativa.
- Orden expresa de no restricción física. o Castigo.
- Comodidad o conveniencia del personal sanitario.
- Si no hay personal suficiente para llevarlo a cabo.
- Si la situación es peligrosa
- Si existe violencia con intencionalidad deliberativa.

Existen contraindicaciones como puede ser la existencia de lesiones en el lugar de la colocación de la contención; como fracturas, luxación o incluso en el caso de problemas respiratorios.

Para la colocación de las sujeciones son necesarias 4 personas. Uno se colocará a la cabeza y será el que dirige. El resto, uno en cada extremidad. En el momento de llevarlo a cabo, se explicará al paciente lo que vamos a realizar de forma clara y concisa, con un tono de voz tranquilizador, pero firme. Debemos intentar que entienda que es por su seguridad y su pronta recuperación.

5 Discusión-Conclusión

La sujeción mecánica es indicada, en muchos de los casos, para evitar que el paciente se haga daño a sí mismo, por posibles caídas o por que este se “arranque” dispositivos necesarios para sus cuidados. Es necesario conocer las contraindicaciones de la técnica para no producir más daño al paciente.

Es muy importante realizar una valoración exhaustiva del paciente y tener en cuenta todas las opciones posibles en el tratamiento antes de llegar a colocar las correas de sujeción. Al igual que la valoración del paciente es importante antes llevar a cabo esta técnica, lo es la valoración durante el tiempo que se mantenga.

6 Bibliografía

1. Wikipedia.
2. Mayoclinic.com.

Capítulo 87

CUIDADOS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS

BEATRIZ AZEVEDO CANADO

1 Introducción

Entendemos como paciente politraumatizado el que tiene afectado dos o más órganos debido a un traumatismo y corre peligro su vida al menos, por uno de esos traumatismos sufridos.

El politraumatismo es una causa principal de fallecimientos y de incapacitaciones en niños y también en adultos, ya que las lesiones producidas por un traumatismo de alta intensidad producen una respuesta negativa en la que se provoca una disfunción de sistemas vitales que no estaban afectados previamente antes de la incidencia.

Para recuperar al paciente politraumatizado hay que realizar una adecuada valoración mediante unas escalas ya establecidas en los hospitales.

En ocasiones, el paciente que ingresa en urgencias llega sin consciencia y no es posible que nos indique cómo ha sido el golpe y dónde debemos de comenzar con la valoración, es importante conocer algún dato que le pudiera facilitar algún testigo a los primeros en acudir al lugar a socorrer a la víctima, para conocer con mayor rigor y menor tiempo posible la zona del cuerpo afectada.

Puesto que puede suceder que llegue tan ensangrentado que a simple vista no se vea de donde procede la hemorragia, por tanto, si conocemos como se han producido las lesiones podemos tener alguna indicación de que pruebas necesita

con mayor rapidez ya que en muchos pacientes el tiempo es decisivo en poder salvarle la vida.

2 Objetivos

- Conocer el manejo a practicar de forma inmediata al paciente politraumatizado al llegar a urgencias.
- Detallar el protocolo existente para practicar los cuidados necesarios realizados por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos como: Revista Médica, Semergen, Scielo. Utilizando como descriptores en Google Académico: paciente traumatizado en urgencias, traumatismos. Usando como operadores booleanos: and TCAE and paciente politraumatizado, traumatismo and urgencias.

4 Resultados

Con lo que hemos consultado podemos conocer las actuaciones a practicar por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el manejo del paciente politraumatizado a su llegada al servicio de urgencias hospitalarias.

Hay que valorar el estado del paciente y realizar un triaje:

- Politraumatismo leve: lesiones superficies, sin heridas ni fracturas.
- Politraumatismo moderado: presenta lesiones o heridas que producen incapacidad mínima.
- Politraumatismo grave: en este caso si presentan alguna de estas circunstancias en accidente de tráfico:
 - Muerte de cualquier ocupante.
 - Paciente expulsado del vehículo cerrado.
 - Golpe a más velocidad de 50 km/h.
 - Presión sistólica a menos de 90 mmHg.
 - Bradipnea menos de 10 o taquipnea más de 30.
 - Trastorno de conciencia.
 - Fractura de dos o más huesos largos.
 - Heridas profundas en cabeza, cuello, dorso o ingles.

En caso de tener que ser excarcelado del vehículo y se tardó más de veinte minutos.

Mayor de 60 años.

Embarazada.

Patología grave preexistente.

La inmediatez en atender a un paciente hace que las lesiones no avancen y se puedan frenar para recuperar la salud o evitar la muerte del paciente.

La valoración del paciente politraumatizado la realiza el equipo multidisciplinar, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabora con el médico y la enfermera en los diferentes pasos a realizar.

Lo primero es comprobar que tiene la vía aérea despejada y respira con normalidad. Evitar que el paciente quede inconsciente y se ahogue con su lengua o su propio vómito.

En caso que llevase casco puesto, se le quitará con seguridad, haciendo una pequeña tracción de la columna cervical.

En caso de necesitar ventilación y oxigenoterapia complementaria, nos aseguraremos que la vía es permeable y que hay un correcto intercambio de gases.

Controlar las hemorragias. Se miden las frecuencias cardíaca y respiratoria, pulso radial, tensión arterial y signos de mala perfusión periférica y central.

Comprobar nivel de conciencia del politraumatizado.

Comprobar todo el cuerpo en busca de lesiones ocultas.

Hay que vigilar que el paciente no tenga alergias a medicamentos, tenga patologías previas, conocer la hora de la última ingesta de comida, alcohol u otras sustancias.

Una vez realizadas estas gestiones se evalúan distintas partes del cuerpo importantes, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayudará a realizar estas comprobaciones, desvistiendo al paciente y movilizándolo para que el médico y enfermera puedan valorar cada parte, cabeza, zona maxilofacial, columna cervical y cuello, tórax, abdomen, periné, recto y genitales, sistema musculoesquelético.

Importante es el dolor, hay que tratarlo para evitar mayores sufrimiento al paciente, además si el paciente no tiene dolor se mostrará más tranquilo y colaborará con mayor facilidad en su reevaluación.

5 Discusión-Conclusión

La valoración y tratamiento al paciente politraumatizado en urgencias es un proceso constante, se tiene que revisar de forma continua y dinámica como se encuentra el paciente y qué efectos le está produciendo la medicación.

También es necesario valorar puede producir una intervención quirúrgica, si precisa una operación urgente o por el contrario es mejor esperar y seguir reevaluando las reacciones del paciente según la medicación y el resto de actuaciones que se están practicando con él.

Lo primero donde hay que actuar es el en shock hemorrágico, presionando en los puntos de sangrado, esto no provoca una cirugía mayor porque es un procedimiento mínimamente invasivo.

6 Bibliografía

1. Ballester, Y. Manejo del Paciente Politraumatizado.(2020). Servicio de Urgencias de Pediatría Hospital Universitario Cruces Vizcaya.
2. Martín, A.M., Mellado, M.A. l Manejo del Paciente Politraumatizado. Capítulo 49. Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid).
3. <https://revista-medica.com/plan-cuidados-enfermeria-politraumatizado/amp/>
4. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1728-59172011000200007.
5. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-recomendaciones-buena-practica-clinica-atencion-13127193>.

Capítulo 88

LA IMPORTANCIA DE CONOCER LAS FUNCIONES Y LA TÉCNICA ANTE UN PACIENTE EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA

NOELIA MARIA GUERRERO CASADO

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la interrupción brusca de la respiración pulmonar y de la circulación sanguínea. Por lo que también ocurre el cese del aporte de oxígeno a los distintos órganos vitales, incluyendo el cerebro, provocando la muerte de las células.

Es importante tener los conocimientos necesarios para reaccionar ante una PCR ya que cada minuto que pasa es importante, y una adecuada y rápida intervención podría salvar la vida del paciente o disminuir las secuelas producidas por esa falta de oxígeno.

Lo primero que hay que saber es identificar una PCR, revisar el nivel de consciencia del paciente, la respiración y pulso, en caso de no tener ninguno de estos signos, nos encontramos con un paciente que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria y hay que actuar inmediatamente, lo primero que hay que hacer ante una situación así es avisar a emergencias, y posteriormente empezar con las maniobras de reanimación cardiopulmonar, es muy importante avisar antes de realizar cualquier maniobra para que el equipo médico se traslade hasta el lugar de los hechos para su pronto traslado al hospital, y de esta forma poder salvarle la vida al paciente o disminuir las secuelas producidas ante éste suceso donde no

hay aportación de oxígeno hacia las células y por lo tanto hacia los órganos del paciente.

2 Objetivos

Conocer las funciones a realizar ante una parada cardiorrespiratoria.

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

Resulta efectiva la rápida acción de la reanimación cardiopulmonar (RCP) ya que en una parada cardiorrespiratoria es muy importante conocer bien qué técnicas hay que realizar y cual es el primer paso a dar ante dicha situación.

Es de vital importancia que tengamos buena formación tanto el TCAE como todo el equipo de enfermería, ya que sino no podríamos realizar estas maniobras para intentar salvar la vida de los pacientes ante una situación crítica, de tal forma hay que seguir formándonos a lo largo de toda nuestra profesión, ya que van sacando actualizaciones que hay que seguir teniendo en cuenta.

Durante éste estudio se comprobó que era mucho más efectivo que realizaran éstas maniobras personal cualificado para ello, que una persona sin formación, ya que aunque intente realizar dichas maniobras no sería igual de efectivo para el paciente, y por ello quizás no se le salvaría la vida o podrían quedarle más secuelas al no conseguir retomar el oxígeno que se había perdido durante la parada cardiorrespiratoria.

Por lo tanto hay que adquirir todos los conocimientos necesarios tanto por el médico como por el equipo de enfermería del cual los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería formamos parte, para poder desempeñar las labores correspondientes con dicha profesión y proporcionar al paciente los cuidados necesarios ante cualquier circunstancia que se presente a lo largo de toda la profesión.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en cuenta la importancia de nuestra profesión, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, ya que tenemos una gran responsabilidad junto a todo el equipo de enfermería y personal sanitario ante cualquier circunstancia que se presente con un paciente.

Por lo que es primordial conocer todas las funciones y técnicas relacionadas con nuestro trabajo, para de ésta forma poder aplicarlas y proporcionar al paciente la atención adecuada en cada momento, además de colaborar en todo lo posible y dentro de nuestras funciones con el equipo de enfermería para salvar la vida de los pacientes y brindarles la seguridad de que tenemos una formación profesional adecuada a sus circunstancias.

6 Bibliografía

1. <https://neosalus.com/como-actuar-ante-parada-cardiorespiratoria/>.
2. Mayo Clinic, <https://www.mayoclinic.org/es-es/first-aid/first-aid-cpr/basics/art-20056600>.

Capítulo 89

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTALMOLÓGICA

MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS

NOELIA GARCIA ARCONES

MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ

ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ

LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La administración de medicamentos no es una función específica de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería pero según la orden de Ministerio de Trabajo de 23 de abril de 1973 (Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social) a través del punto 9 del artículo 75 por indicaciones del personal

auxiliar sanitario podemos colaborar en la administración de medicamentos por vía oral y rectal y tenemos expresamente prohibido la administración de medicamentos por vía peritoneal. La vía oftalmológica está expresamente indicada, pero como una de nuestras funciones es ayudar en todo lo que se no solicite es necesario conocer el procedimiento o protocolo de actuación en la administración de medicamentos por vía oftalmológica. De ahí que hayamos decidido hablar en este capítulo de este tema.

La vía oftalmológica pertenece a la vía de aplicación tópica que consiste en la aplicación de medicamentos directamente sobre la piel o mucosas del organismo. En el caso de la vía oftalmológica el medicamento (en forma de pomada, colirio o solución) se aplica directamente sobre la conjuntiva o cornea con la finalidad de prevenir la infección, controlar la infección, disminuir la inflamación, humectar el ojo, dilatar la pupila del ojo y contraer las pupilas.

2 Objetivos

Dar a conocer el protocolo de aplicación de medicamentos por vía oftalmológica y la actuación de los técnicos en auxiliar de cuidados de enfermería antes, durante y posterior a la aplicación.

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, vía de aplicación de medicamentos por vía oftalmológica y protocolo de aplicación de medicamentos por vía oftalmológica.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario, vía de aplicación de medicamentos por vía oftalmológica y protocolo de aplicación de medicamentos por vía oftalmológica. 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de administración de medicamentos por vía oftalmológica:

- Preparación de material (función específica del técnico en cuidados de enfermería):

Hoja de medicación de la prescripción realizada por el médico.

Guantes estériles.

Gasas estériles.

Toalla.

Suero fisiológico (comprobando siempre la fecha de caducidad).

Jeringa grande.

Batea.

Medicamento (que, aunque se ha recibido del servicio de farmacia hospitalaria siempre hay que comprobar la caducidad y que corresponde con el prescrito por el facultativo).

- Una vez preparado el material lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Comprobar que la hoja de medicación corresponde con el paciente (preguntándole el nombre y apellidos al paciente).
- Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar y pedirle su colaboración en la medida de sus posibilidades.
- Decirle que se coloque con la cabeza hacia atrás y los ojos mirando hacia arriba, si el paciente no puede adquirir la postura por si solo le ayudara el TCAE hasta que esté en la posición correcta e incluso le sujetara la cabeza si fuera necesario.
- Proceder a la limpieza de parpados y pestañas con gasas estériles y suero fisiológico, Esta limpieza siempre se debe hacer desde la parte interna del ojo hacia la parte externa. Aunque si el paciente presenta secreciones purulentas se hará al revés, es decir de la parte externa hacia la parte interna. Si el medicamento se va aplicar en ambos ojos se utilizarán diferentes gasas para cada uno de los ojos. Esta función la suele realizar el TCAE, porque está dentro de lo que se considera higiene del paciente.
- Atemperar el fármaco.
- Administrar el medicamento:

Para la administración se debe tirar ligeramente de la piel hacia abajo con el dedo índice de una mano y con la otra mano proceder a suministrarlo.

Si el medicamento es un colirio se administra en el ángulo interno del saco conjuntival.

Si el medicamento es un colirio se administra a lo largo del saco conjuntival.

Si el medicamento es una irrigación se echa sobre el ojo desde el ángulo interno al externo.

En dicha administración es imprescindible nunca tocar la córnea.

El proceso de administración del medicamento lo tiene que hacer solo y exclusivamente el DUE.

- Una vez suministrados, cuando son colirios y pomadas, pedir al paciente que mantenga cerrado un ratito los ojos y limpiar el exceso con gasas estériles.

Si el medicamento suministrado ha sido una irrigación secar los párpados con gasa estéril y el resto de la cara con toalla.

Todo este proceso si lo puede y los suelen realizar los TCAE:

- Acomodar al paciente (TCAE).
 - Retirar todo el material utilizado, dejando cada cosa en su sitio y el material de desecho ponerlo en el contenedor apropiado para su posterior recogida (TCAE).
 - Quitarse los guantes y Lavarse las manos.
 - Registrar la administración del medicamento, especificando hora y fecha de administración como así mismo cualquier incidencia que se haya podido producir.
- Firmado por el DUE.

5 Discusión-Conclusión

Conocer cada uno de los pasos a seguir para llevar a cabo la administración de medicamentos por vía oftalmológica es totalmente necesario e imprescindible para los TCAE y los enfermeros (DUES), ya que el TCAE interviene durante todo el proceso de alguna forma. Por ejemplo, si el TCAE a la hora de preparar el medicamento junto con el resto de material a utilizar no comprueba que ese medicamento no está caducado el DUE lo suministra al paciente y le pueden ocasionar más problemas de los que presentaba el paciente antes de ser sometido a la administración del medicamento o bien si el TCAE no conoce que la limpieza de los ojos con purulencia se realiza de fuera hacia dentro le puede producir más infección de la que ya tenía.

6 Bibliografía

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

Capítulo 90

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL CAMBIO POSTURAL DE PACIENTES

CONSUELO PERONA MARTÍNEZ

BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA

VIRGINIA POBLETE CANILLAS

NASIMA OURTANE LAASRI

MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA

1 Introducción

Un paciente se puede encontrar encamado por diversos motivos: por su edad avanzada, por sufrir alguna enfermedad invalidante o por un postoperatorio o accidente.

En cualquier caso, mantener una misma postura en la cama, puede originar varios problemas como lesiones en la piel (ulceras por presión), daños en la musculatura, en las articulaciones o huesos y problemas circulatorios.

Es por este motivo por el que es muy importante realizar cambios posturales (además de otros cuidados) a estos pacientes para tratar de evitar los problemas derivados de su inmovilidad.

Se pueden definir los cambios posturales como la variación de la posición de un paciente en cama.

Las posiciones utilizadas más frecuentemente son:

- Decúbito supino (DS) o boca arriba: acostado sobre la espalda con brazos extendidos y piernas ligeramente flexionadas.
- Decúbito lateral izquierdo (DLI) o del lado izquierdo y decúbito lateral derecho (DLD) o del lado derecho: acostado de lado con la cabeza en la almohada, el brazo inferior flexionado y paralelo a la cabeza, el brazo superior flexionado y apoyado en el cuerpo y la pierna superior flexionada a altura de cadera y la rodilla.
- Decúbito prono (DP) o boca abajo: acostado sobre el abdomen y cabeza girada a un lado. Esta postura se utiliza con menor frecuencia y es más concreta para pacientes de cirugía de columna y para pacientes con insuficiencia respiratoria para mejorar la oxigenación y ventilación del pulmón.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), normalmente junto al celador, se va a enfrentar con frecuencia a este tipo de pacientes encamados y a la necesidad de conocer y poner en práctica las técnicas de movilización que estén indicadas en cada caso, protegiendo siempre la seguridad del paciente y cuidando la ergonomía propia. Su misión es favorecer la comodidad del paciente encamado y prevenir los problemas derivados de la inmovilidad de este.

2 Objetivos

Conocer e indicar las técnicas a aplicar y los medios necesarios para realizar los cambios posturales por parte del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha buscado información en diferentes libros, en el buscador Google académico, introduciendo los términos de búsqueda “cambios posturales”, “paciente encamado”. Además se han consultado diferentes páginas web.

Con todo ello, se han recopilado los diferentes datos e información para realizar este trabajo.

4 Resultados

El paciente encamado va a requerir de una serie de cuidados asistenciales específicos que pautará el profesional facultativo y que el TCAE debe conocer para aplicar en cada momento. Entre estos cuidados, siempre tendrá que realizar los “cambios de postura en cama”.

Dependiendo del problema que cause la inmovilidad del paciente se realizarán unos “cambios posturales” u otros.

En cualquier caso, el TCAE, siempre procederá siguiendo los siguientes pasos:

1. Preparar el material necesario para acomodar al paciente en la postura pautada: almohadas, taloneras, coderas y lavarse las manos.
2. Explicar al paciente lo que vamos a hacer y pedirle su colaboración.
3. Preservar su intimidad cerrando puertas, usando cortinas, biombos, etc.
4. Frenar la cama y colocarla en posición horizontal, siempre que no este contraindicado.
5. Retirar las almohadas y destapar al paciente.

Para pasar al paciente de decúbito supino a decúbito lateral:

6. Moverle hacia un lado de la cama y situarse al otro (ayudarse de la barandilla de la cama si hay una sola persona).
7. Cruzar la pierna más lejana al auxiliar y colocar ese mismo brazo sobre su pecho. Extender el otro brazo para evitar que el paciente ruede sobre sí mismo.
8. Girar con suavidad agarrando por el hombro y cadera hasta adoptar la posición lateral adecuada.
9. Recolocar el brazo y alinear correctamente el cuerpo del paciente.
10. Acomodarlo en esa posición utilizando las almohadas y reordenar la cama.

Para pasar al paciente de decúbito supino a decúbito prono:

6. Mover al paciente hasta un lado de la cama.
7. Flexionar el brazo más próximo a la orilla sobre su pecho y alinear el otro brazo sobre su cuerpo. Cruzar la pierna más lejana al TCAE sobre la otra para favorecer el rodamiento.
8. Girarle con suavidad, garrando de hombro y cadera hasta pasar a decúbito prono.
9. Asegurarse de que los brazos no queden debajo del cuerpo y alinear correctamente. Girar la cabeza hacia un lado.
10. Acomodar y colocar almohadas.

Hay diversos estudios que concluyen en que no hay evidencias sólidas para recomendar los cambios posturales cada dos horas pero si apoyan estos cambios

cada cuatro horas combinados con que la superficie en la que se encuentre el paciente sea viscoelástica.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios posturales en pacientes encamados siempre estarán indicados.

El paciente inmovilizado va a necesitar cambiar de postura cada cierto tiempo para aliviar la presión de su propio cuerpo sobre la base de apoyo y aliviar la incomodidad que supone esta situación.

El TCAE tiene un papel importante en estos cambios, será el encargado de hacerlos, de favorecer la comodidad del paciente, de observar cualquier signo de alarma para prevenir la aparición de úlceras por presión o cualquier otra lesión derivada del estado del paciente encamado.

Por tanto, el TCAE debe conocer las técnicas necesarias para la realización de los cambios posturales, orientar a la familia sobre como realizarlos de cara al alta hospitalaria y mantenerse formado y actualizado sobre la materia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 91

EL TRATO DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA HACIA LOS PACIENTES TERMINALES

CONSUELO PERONA MARTÍNEZ

BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA

VIRGINIA POBLETE CANILLAS

NASIMA OURTANE LAASRI

MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA

1 Introducción

Una enfermedad crónica se puede presentar en episodios agudos o de mayor intensidad, al igual que una patología aguda se puede transformar en un proceso terminal. Se suele denominar pacientes terminales a todas aquellas personas cuya muerte biológica está próxima a su término, ya sea como consecuencia de una enfermedad aguda o de una enfermedad crónica.

Tanto si una persona tiene una enfermedad crónica, como si se trata de un proceso en fase terminal, tiene derecho a obtener por su parte una buena asistencia sanitaria. Igualmente, sus cuidados han de ser solícitos y eficaces, independientemente de que el resultado final de su dolencia sea la curación o la muerte.

Cuando la enfermedad se vuelve incurable y terminal, nuestra labor será aliviar los dolores físicos y morales, teniendo siempre presente mantener la calidad de vida del paciente. La muerte biológica sobreviene tras un hecho irreversible: el fallecimiento. Las reacciones al duelo son muchas y muy variadas, pueden ser emotivas, físicas, mentales, negativas, depresivas. El proceso de duelo no incluye un sentimiento único, sino una sucesión de ellos.

El duelo se compone de distintas fases:

- Negación y aislamiento.
- Ira y agresividad hacia los que le rodean.
- Negociación o pacto para prolongar la vida.
- Depresión, comprender que no hay nada que se pueda hacer.
- Aceptar la muerte.

2 Objetivos

Exponer e indicar las características del paciente terminal y las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de estos pacientes.

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

Cuando las terapias ya no ofrecen los beneficios deseados para el paciente, hay que cambiar el tratamiento por el paliativo. Cuando la expectativa médica ya no es la curación, hay que conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

La intervención TCAE con estos pacientes persigue alcanzar los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad de vida en el paciente crónico, así como el que se encuentra en fase terminal.

- Respetar los derechos del paciente, su dignidad, su estado emocional.
- Dar apoyo afectivo y emocional.
- Ayudar a su familia.
- Facilitar que la familia pueda permanecer todo el tiempo que quiera con el enfermo.

El paciente terminal pasa por diferentes etapas:

- Etapa I. Inicial: en esta etapa el paciente no conoce el pronóstico de su enfermedad, sin embargo, la familia si es consciente de la evolución.
- Etapa II. Sintomática: en esta etapa la enfermera selecciona los diagnósticos, viendo los cambios del paciente. En esta etapa el paciente presenta signo de debilidad, preocupación, inflamación, anemia.
- Etapa III. Declive: el paciente sufre deterioro en sus funciones, puede afectar a realizar o no actividades de su vida diaria.
- Etapa IV. Agonía: en esta etapa están presentes signos y síntomas, más o menos intentos del proceso de morir. En esta fase la familia necesita mucho apoyo.

Pueden presentarse síntomas como ausencia de presión arterial, disminución de frecuencia, pulso débil.

En esta etapa el personal de enfermería debe respetar los deseos del paciente, evitar murmurar, responder a sus preguntas con sinceridad, permitirle expresar sus sentimientos, enseñar a la familia en esta etapa final, valorar el apetito del paciente, si es pobre ofrecer pequeñas cantidades de forma frecuente, orientar a la familia sobre los trámites funerales, asistir a la familia los días siguientes al fallecimiento.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados en esta etapa de la vida juega un papel muy importante en el bienestar de la persona tanto psíquico como físico del paciente y sus familiares.

El personal sanitario intentará fomentar los estilos de vida saludables y más llevaderos para el enfermo y su familia. La familia juega un papel muy importante, ya que está la mayor parte en contacto con el paciente. La mayoría de pacientes terminales están en sus últimos 6 meses de vida.

El equipo de cuidados para enfermos terminales suele brindar esta atención en el hogar de la persona. O, si es necesario, la persona puede ir a un centro de cuidados especiales para ese tipo de enfermos, ya que el deterioro que el enfermo va a sufrir es cada vez mayor. Ese cuidado debe brindar confort al enfermo y la familia.

6 Bibliografía

1. <https://www.google.com/search?q=paciente+cronico+y+terminal+pubmed&oq>.
2. Astudillo, W. y Mendinueta, C. (2005). ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *Ars Médica*, 34(2).
3. <https://books.google.com/books?id=y-4tDwAAQBAJ>.
4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext.
5. Mayer Rivera, F. J. (2006). Fase terminal y cuidados paliativos. *Revista digital universitaria*, 7(4), 2-10. Del Río, M. I., & Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo.
6. Codorniu, N., Bleda, M., Alburquerque, E., Guanter, L., Adell, J., Garcia, F., & Barquero, A. (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index de enfermería*, 20 (1-2), 71-75.
7. <https://aprenderly.com/doc/3421909/atenci%C3%B3n>.
8. <https://medlineplus.gov/spanish/ency>.

Capítulo 92

EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y SU FAMILIARIDAD ANTE LOS PACIENTES CON LUPUS

CONSUELO PERONA MARTÍNEZ

BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA

VIRGINIA POBLETE CANILLAS

NASIMA OURTANE LAASRI

MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA

1 Introducción

Mediante este estudio plasmado en este capítulo, pretendemos dar a conocer esta enfermedad de origen autoinmune, conoceremos su sintomatología, modo de contagio, tratamientos y esperanza de vida y muchos aspectos más que iremos desgranando a lo largo de este capítulo.

Comencemos por conocer que es concretamente la enfermedad del Lupus, ya sabemos que es una enfermedad autoinmune, esto quiere decir con pocas palabras que el Sistema inmune de estos pacientes, lejos de atacar a "elementos extraños" y defender su organismo, hace exactamente lo contrario, ataca a las células y tejidos sanos del propio organismo.

Esto provoca grandes daños en distintos órganos vitales tales como el cerebro, pulmones, riñones y corazón, vasos sanguíneos, mostrando también su incidencia en las articulaciones.

Sabemos que esta enfermedad, aunque la puede sufrir cualquier persona, muestra una mayor incidencia en mujeres hispanas, asiáticas y afroamericanas, se desconoce el origen de esta enfermedad, por lo tanto, se desconocen las causas aunque existen evidencias medicas ya estudiadas que puede tener un componente hereditario, lo que se conoce como la Epigenética que son cambios en los cromosomas que afectan a la actividad genética y origina esta enfermedad autoinmune y crónica a lo largo de la vida.

Hay quienes aseguran que también puede deberse a factores medio ambientales como la luz solar.

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de desarrollo de esta enfermedad, ya que se pueden distinguir distintas clases de lupus y claro está de diferente gravedad y más comunes en incidencias.
- Conocer la estrategia de tratamiento.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en la base de datos de Scielo, Pubmed, Medline Plus; usando como descriptores: estimulación cognitiva, técnicas, estrategia, entrenar.

Además, hemos realizado este estudio de distintos libros sobre esta temática donde hemos consultado todo lo posible con la intención de ayudarnos a conocer esta enfermedad, para ofrecer unos cuidados adecuados a estos pacientes, pueden encontrar esta información en el apartado de bibliografía.

4 Resultados

A continuación y para ir avanzando más en el conocimiento de esta enfermedad pasamos a explicar de manera breve los distintos tipos de desarrollo de esta enfermedad:

- Lupus eritematoso sistémico (LES): es el más común. Puede ser leve o grave, y puede afectar a muchas partes del cuerpo.

- Lupus discoide: provoca una erupción en la piel que no desaparece.
- Lupus cutáneo subagudo: provoca ampollas después de estar al sol.
- Lupus inducido por medicamentos: es causado por ciertas medicinas. Por lo general, desaparece cuando se deja de tomar el medicamento.
- Lupus neonatal: no es común y afecta a los recién nacidos, ocurre cuando un lactante adquiere autoanticuerpos de su madre con LES (los autoanticuerpos son proteínas inmunes que por error atacan y dañan los propios tejidos u órganos de la persona). Mientras que los problemas de la piel, el hígado y la sangre desaparecen en seis meses, el problema más grave, que es el bloqueo cardíaco congénito, requiere la colocación de un marcapasos.

Sintomatología:

- Dolor o hinchazón en las articulaciones.
- Dolor muscular.
- Estados febriles sin causa asociada.
- Eritemas en la piel, generalmente en la cara y en forma de mariposa que puede abarcar las mejillas y el puente de la nariz o erupción en el resto del cuerpo.
- Dolor al respirar en forma profunda.
- Pérdida de cabello.
- Dedos de las manos o pies pálidos o de color púrpura.
- Sensibilidad al sol.
- Hinchazón en las piernas o alrededor de los ojos.
- Úlceras en la boca.
- Glándulas inflamadas.
- Cansancio y fatiga extrema.
- Ojos secos.
- Dolor de cabeza, desorientación y pérdida de memoria.

Los síntomas pueden aparecer y desaparecer, a esto se le llama "brotes". Los brotes pueden ser leves o severos, y nuevos síntomas pueden aparecer en cualquier momento.

Diagnostico:

No existe una prueba específica para el diagnóstico de esta enfermedad, por lo tanto, un paciente puede presentar a lo largo de meses y años incluso, distintos tipos de brotes que pueden divagar en distintos diagnósticos, el profesional médico realizará un historial médico completo y un examen físico que incluye análisis de sangre. El médico también puede tomar biopsias (extracción de muestras de tejido que luego se examinan con un microscopio) de la piel o de los riñones para hacer un diagnóstico.

Complicaciones:

La inflamación causada por el lupus puede afectar diversas partes del cuerpo, como las siguientes:

- Los riñones. El lupus puede causar daño renal grave, y la insuficiencia renal es una de las principales causas de muerte en personas que padecen lupus.
- El cerebro y el sistema nervioso central. Si el lupus afecta el cerebro, puedes tener dolores de cabeza, mareos, cambios en el comportamiento, problemas de la vista, e incluso accidentes cerebrovasculares o convulsiones. Muchas personas que padecen lupus experimentan problemas de memoria y pueden tener dificultad para expresar sus pensamientos.
- La sangre y los vasos sanguíneos. El lupus puede provocar problemas en la sangre, incluida una cantidad reducida de glóbulos rojos sanos (anemia), y un mayor riesgo de sangrado o coagulación de la sangre. También puede causar inflamación de los vasos sanguíneos.
- Pulmones. Tener lupus aumenta las probabilidades de que desarrolles una inflamación en el recubrimiento de la cavidad torácica, la cual puede dificultar la respiración. También es posible que tengas sangrado en los pulmones y neumonía.
- Corazón. El lupus puede causar la inflamación del músculo cardíaco, las arterias o la membrana del corazón. También aumenta mucho el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular y de tener ataques cardíacos.

Tener lupus también aumenta el riesgo de padecer lo siguiente:

- Infección. Las personas que padecen lupus son más propensas a las infecciones porque tanto la enfermedad como sus tratamientos pueden debilitar el sistema inmunitario.
- Cáncer. Al parecer, tener lupus aumenta el riesgo de padecer cáncer. Sin embargo, el riesgo es mínimo.
- Muerte del tejido óseo. Esto se produce cuando el suministro de sangre a un hueso decae, lo que, en general, provoca fracturas diminutas en el hueso y, tarde o temprano, su colapso.
- Complicaciones en el embarazo. Las mujeres que padecen lupus tienen un mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo. El lupus aumenta el riesgo de tener presión arterial alta durante el embarazo y un parto prematuro. Para reducir el riesgo de estas complicaciones, por lo general, los médicos recomiendan retrasar el embarazo hasta que la enfermedad esté controlada durante, al menos, seis meses.

Tratamiento:

Después de recibir el diagnóstico, el médico de atención primaria para tratar el lupus suele ser un reumatólogo (especialista en artritis y otras enfermedades que causan inflamación en las articulaciones). El reumatólogo puede derivarlo a un

inmunólogo clínico para tratar las afecciones del sistema inmunitario, a un nefrólogo para la enfermedad renal, a un hematólogo para atender los trastornos de la sangre, a un dermatólogo para las enfermedades de la piel, a un neurólogo para el sistema nervioso, a un cardiólogo para tratar los problemas del corazón y vasos sanguíneos y a un endocrinólogo para controlar las glándulas y hormonas.

Objetivos de un plan de tratamiento:

- Prevenir o tratar los brotes de la enfermedad.
- Prevenir o reducir el daño a los órganos y a las articulaciones.
- Reducir la inflamación y el dolor.
- Ayudar al sistema inmunitario.
- Equilibrar las hormonas.

5 Discusión-Conclusión

Para las personas con diagnóstico certero de lupus, las investigaciones se centran en diseñar nuevos ensayos clínicos que prueben candidatos de medicamentos que, si tienen buenos resultados, podrían combinarse con las terapias actuales.

Detectar las señales de alerta de un brote puede ayudarle a prevenirlo o hacer que los síntomas sean menos severos.

La esperanza de vida de los pacientes con lupus es del 90 por ciento a los 20 años de ser diagnosticados, según la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

El 10 de mayo es el elegido como el día de los pacientes afectados por esta enfermedad, con el fin de que se investiguen nuevos tratamientos que les ayuden a sobrellevarla.

6 Bibliografía

1. Lupus eritematoso sistémico ISBN 9788488645524.
2. www.inforeuma.com.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/lupus.html>.
4. <http://espanol.arthritis.org/espanol/>.
5. <http://lupusmadrid.com/tratamiento-lupus/>.
6. Sociedad Española de Reumatología (SER): www.ser.es.
7. Guía práctica para pacientes con lupus. Asociación Catalana de Lupus E.G. Disponible en: <http://adeles.org/wp-content/uploads/2016/11/guia-practicalupus.pdf>.

8. Guía de Práctica Clínica sobre el Lupus Eritematoso Sistémico. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2013. Guías de Práctica Clínica en el SNS: SESCO Núm. 2012/02.
9. Barba PJ, Morgado-Carrasco D, Bois M, Feola H. Nuevos criterios de clasificación del lupus eritematoso sistémico (2019).

Capítulo 93

FRACTURA DE FÉMUR: CASO CLÍNICO

SANDRA RAMOS LORENZO

MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO

CLARA HERRERO FERNANDEZ

MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL

1 Introducción

Como consecuencia de un traumatismo, o por otros motivos, los huesos se pueden fracturar.

Las causas de roturas de huesos son múltiples: por un traumatismo directo (la causa es un impacto directo sobre el hueso), traumatismo indirecto (la fractura se produce en un lugar distinto al impacto). fractura patológica (cuya causa más bien por un debilitamiento del hueso, más que por el golpe), fractura por fatiga o estrés (cuando a pesar de no ser muy intensa la fuerza, estas es reiterativa, y acaba rompiendo el hueso)

Las fracturas óseas son de varios tipos atendiendo a sus características. Pasamos a definir los distintos tipos de fracturas:

- Fractura de hueso cerrada: no existe salida del hueso, es decir, que éste no atraviesa la piel.
- Fractura de hueso abierta: en esta ocasión el hueso sí atraviesa la piel, asomando al exterior. Estas fractura es más grave.
- Fractura conminuta: el hueso se fractura en varios trozos.

- Fractura en tallo verde: es frecuente en los niños, la fractura del hueso no es completa, y en la radiografía aparece como una rama verde sin romper.
- Fractura transversa: la fractura aparece perpendicular al eje mayor.
- Fractura oblicua: en este caso la fractura se dibuja con cierta inclinación al eje mayor

2 Objetivos

Definir los distintos de tipos de fracturas óseas, y los motivos por las que éstas se producen.

Las fracturas suelen ser muy dolorosas e incapacitantes.

3 Caso clínico

María Pilar , una chica de 25 años, ha salido esta tarde a hacer deporte por las inmediaciones de su casa. Cuando va a cruzar la calle, es atropellada por una bicicleta, presenta un fuerte dolor en la pierna derecha. No se observa herida, ni sangrado. Pero sí una inflamación y fuerte dolor en la pierna derecha

Tras pedir ayuda, y comprobar que el ciclista está bien, pero que ella ha sufrido un fuerte golpe, se llama a los servicios de emergencias y tras llegar la ambulancia se procede a inmovilizar la pierna y se traslada en camilla hacia el hospital.

Tras ser atendida por el equipo médico, el traumatólogo la manda a la sala de radiología para realizarle las correspondientes pruebas radiológicas, concretamente un radiografía de la pierna derecha, y se le diagnostica fractura completa y cerrada del fémur derecho.

Se procede a inmovilizar el miembro con escayola y administrarle analgesia, pues sufre de muchos dolores. El equipo médico valorará si será necesaria una intervención.

De momento se le manda reposo absoluto, y uno 45 días con escayola. Pasado este tiempo se le volveran a realizar radiografías, para ver si ha unido bien el hueso. Parece ser que no ha sido así, por lo que tendrán que intervenir, para ponerle unos clavos. La intervención es programada, y tiene unos resultados muy positivos, consiguiendo que el hueso fusione bien.

Pasado este tiempo y una vez que esté soldada la fractura, el traumatólogo la derivará al servicio de rehabilitación y fisioterapia durante unos meses, para conseguir volver a la máxima movilidad. Al ser una chica joven la recuperación es más rápida , pues la unión de los huesos es mejor que en personas mayores.

4 Discusión-Conclusión

Una fractura de hueso es una rotura total o parcial del mismo, que normalmente suele producir dolor en el lugar de la fractura, deformación del miembro afectado, limitando su movimiento e incapacitándolo en su función, también entumecimiento y hormigueo en la zona. Suele aparecer hinchazón y hematomas. Debe de ser diagnosticada y tratada por el traumatólogo, tras realizar las pruebas radiológicas que crea oportunas.

Después debe realizar un seguimiento, pues normalmente las fracturas óseas suelen presentar complicaciones, como infecciones, deformidades, o distintos problemas de movilidad, que pueda requerir una rehabilitación personalizada para llegar a conseguir una recuperación total, si es posible, de la movilidad perdida.

5 Bibliografía

- Tipos de fracturas óseas: definición y clasificación- MBA Blog. <https://www.mba.eu>
- Fractura óseas: tipos y síntomas/ Clínica Corachan. <https://www.corachan.com>blog>

Capítulo 94

ENEMAS: CLASIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

CLARA HERRERO FERNANDEZ

MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO

SANDRA RAMOS LORENZO

MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL

1 Introducción

Un enema, también llamado lavativa, es un procedimiento que consiste en la introducción de una cantidad de líquidos en el intestino, concretamente en el recto, por en ano. La cantidad introducida se debe de retener un tiempo, dependiendo de las causas para el que ha sido administrado, se deberá intentar no evacuar, para que sea efectivo. Suelen introducirse desde 100 hasta 1500 ml. según las indicaciones del procedimiento. También la composición es distinta, según sea el resultado que se quiera obtener: puede contener agua caliente con jabón, aceite de oliva, soluciones de bario.

En el colon es el encargado de acumular los desechos de los alimentos digeridos, es decir las heces. A veces estan se endurecen y acumulan, este suele ser unos de los principales motivos por los que se administran los enemas (concretamente los de limpieza), para ayudar a combatir el estreñimiento, reblandeciendo las heces, lubricando el recto..

Pero esta no es solo su utilidad. En algunas ocasiones el médico lo indica para realizar pruebas diagnósticas. Como cuando es necesario una imagen del recto,

para el que se introduce un enema baritado, que crea una barrera en el colon, que permite visualizar con unas pruebas radiológicas el intestino grueso.

2 Objetivos

Definir el concepto de enema, el proceso de administración, la composición de los mismos y las diferentes utilidades para los que están indicados

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 utilizado 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

Dependiendo de su finalidad, los enemas los podemos clasificar :

- Enema de limpieza: Se administra para conseguir eliminar las heces del recto y el colon. Su acción , consiste en estimular la movilidad del colon por su distensión al aumentar el volumen. Normalmente la cantidad de solución que se introduce es de 500 y 1500 ml de líquido, a una temperatura tibia, que suele ser alrededor de 37 grados, y se tiene que retener entre 2 y 3 minutos, una vez pasado este tiempo, se debe de producir la defecación del líquido introducido, junto con las heces, gases, o restos.

La composición de un enema de limpieza puede ser muy diversa. dependiendo de las intenciones: agua y sal (cada litro una cucharadita), agua y glicerina (cada litro unos 80 gramos), agua y aceite (cada litro unas cuatro cucharadas), agua jabonosa, Enema Cassem o otros compuestos comerciales.

Entre los enemas evacuantes podemos encontrar: enema carminativo (cuya función es la de eliminar gases), enema antiséptico (que combaten gérmenes y bacterias) y enema emoliente (para protección y lubricación de la mucosa del colon)

- Enemas de retención: estos enemas, una vez introducidos, deben de retenerse el mayor tiempo posible, para que produzcan los efectos deseados. Además dos jabonoso, oleosos, comerciales, anteriormente citados, tambien se indican otros

cuya finalidad es diagnóstica, concretamente los enemas opacos o baritados, que sirven para estudios radiológicos del intestino grueso, al introducir bario y formar una capa opaca en el recto que permite visualizarlo por una radiografía. Normalmente, antes se administra un enema de limpieza, y después otro para eliminar los restos de bario.

También existen enemas alimenticio, que se suelen usar cuando no es posible la vía oral y parenteral.

5 Discusión-Conclusión

Los enemas son principalmente muy útiles por distintos motivos terapéuticos: alivio frecuente del estreñimiento, para conseguir la evacuación de personas que no pueden por sí solas de manera natural, al ablandar los restos, y lubricar la salida. Los materiales necesarios para su administración son: un depósito, de plástico, que a más altura que lo pongamos más rápida será la introducción, sonda rectal, hule impermeable para proteger la cama.

También es indicado para pruebas diagnósticas, antes de una cirugía, partos, colonoscopias.

Pero no siempre se pueden utilizar. Hay algunas contraindicaciones: como en el caso de apendicitis, peritonitis, un traumatismo intestinal, con una obstrucción intestinal, en caso de íleon paralítico.

6 Bibliografía

- Qué es un enema y para qué sirve_ Mundo Deportivo. <https://www.mundodeportivo.com>
- Tipos de enemas- Motivos terapéuticos-2022- Enfermería Buenos Aires. <https://enfermeriabuenosaires.com>
- Guía completa de enemas y todo los tipos de enemas. Publicado por Jaime Ribas Escalera. Enfermera.

Capítulo 95

CUIDADOS AL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON DOLOR ABDOMINAL POR LA DIVERTICULITIS

ANTONIA SERRANO SERRANO

MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA

YOLANDA RUIZ BUITRAGO

MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA

1 Introducción

En TCAE ejerce sus funciones con amplitud debido a que su formación es amplia y puede albergar muchos temas sanitarios.

El paciente que presenta un dolor abdominal puede ser derivado de alguna patología digestiva etc. Generalmente un primer paso es por el centro de salud en el que realizan una valoración primaria y en caso de que no pueda ayudar al paciente se le derivará al servicio de atención hospitalaria como el hospital.

La diverticulitis es una afección digestiva en la que sabemos que en el colon se encuentran unos divertículos que son pequeñas bolsas o sacos abultados que se desarrollan en la pared interna del intestino. Existen más tipos de afecciones digestivas como el Crohn , enfermedad celiaca.

Frecuentemente , uno de los divertículos se inflama y puede llegar a desgarrar la pared que reviste el intestino. Esto puede ocasionar una infección, dando lugar a la diverticulitis (infección del divertículo). La etiología se considera desconocida. Existen unos síntomas clave uno muy frecuente es el dolor abdominal .

Otros síntomas pueden ser :

Náuseas

Vómitos

Fiebre

Distensión abdominal o gas

Estreñimiento o diarrea

En nuestro trabajo se pretende conocer qué tipo de cuidados va a necesitar el paciente con una diverticulitis que acude por urgencias al hospital.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de cuidados puede ofrecer el TCAE a un paciente que padece dolor abdominal, que acude a urgencias .

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 que tipo de cuidados son adecuados ante un brote de diverticulitis.

Palabras clave: cuidados, digestivo, fiebre, abdominal.

4 Resultados

- En nuestro trabajo hemos documentado e incluido artículos en los que nos ayudan a entender qué tipo de cuidados puede llegar a administrar el TCAE en un paciente que tiene un dolor abdominal por la causa de un brote de diverticulitis.
- En un primer momento el TCAE recibirá al paciente con empatía, se le entrevistará y se le realizará una valoración rápida para comprobar si es necesario acostar al paciente o no. Generalmente es mejor que se acueste por el dolor.
- Cuando pueda se le suministrará un camisón para que se encuentre más cómodo, se avisará al diplomado universitario en enfermería (DUE) para comentarle la

llegada del paciente y poder esta administrarle un analgésico antes de que pueda realizar las pruebas. Así la paciente podrá acceder a las pruebas diagnósticas más fácilmente.

- El TCAE comentará al paciente que no debe ni comer ni beber dado que la situación de la diverticulitis va a necesitar un reposo digestivo, para ello el DUE le colocara sueroterapia a la espera de los resultados de las pruebas diagnósticas.
- En caso de que se necesite el ingreso hospitalario el TCAE ayudará al paciente en el traslado para que el paciente se encuentre cómodo y sin dolor.
- También en algunas ocasiones se le debe colocar sonda nasogástrica con lo cual se explicará al paciente lo que se le va a realizar y el TCAE preparará el material y ayudará al DUE a colocar la sonda nasogástrica.
- Generalmente lo más llamativo de estos pacientes es el dolor que es agudo e insoportable, con lo cual lo principal es retirar el dolor para poder continuar con la exploración y realización de pruebas diagnósticas .

5 Discusión-Conclusión

En el tema actual el TCAE debe poder identificar el dolor de un paciente y también ayudarle en cada momento en el que este cuidando al paciente. Este paciente será capaz de comentar que tipo de dolor para que rápidamente pueda ser tratado. En los resultados hemos podido comentar e incluir qué tipo de actuaciones puede llegar a realizar el TCAE en un brote de diverticulitis en un paciente que acude a urgencias debido a un dolor abdominal.

En el momento que el paciente pueda mejorar podrá ser trasladado como se ha comentado a una unidad de hospitalización donde el TCAE seguirá administrando los cuidados adecuados al paciente.

6 Bibliografía

- Plan de cuidados de Enfermería en paciente con diverticulosis. (2021, mayo 4). Revista sanitaria deinvestigacion.com. <https://www.revistasanitaria deinvestigacion.com/ plan-de-cuidados-de-Enfermería-en- paciente-con-diverticulosis>
- Aller de la Fuente, R. (2005). Enfermedad diverticular del colon. Revista española de enfermedades digestivas: órgano oficial de la Sociedad Española de Patología Digestiva, 97(6), 458–458.

Capítulo 96

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: INTOXICACIONES. PROTOCOLO ACTUACIÓN PACIENTE CON INTOXICACIÓN AGUDA

MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS

NOELIA GARCIA ARCONES

MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ

ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ

LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar de las intoxicaciones, ya que se dan con bastante frecuencia en urgencias tanto en niños, como en jóvenes como en adultos, es decir en todos los sectores de población siendo mas frecuentes en los sectores más vulnerables, niños y ancianos las intoxicaciones involuntarias o accidentales.

Una de las posibles definiciones de intoxicación podría ser: que se trata de una reacción fisiológica, y por tanto relacionada con el funcionamiento biológico de

los seres vivos, causada por una toxina (sustancia venenosa de origen vegetal, químico o microbiano) debida a una exposición, una ingesta, una inyección o una inhalación de una sustancia tóxica.

Cuando hablamos de intoxicaciones aparecen con frecuencia los términos tóxico , sobredosis y antídoto por lo que vamos a proceder a su definición. Lo que permitirá un mejor entendimiento de este capítulo.

Un tóxico es cualquier agente químico que, una vez que se introduce en el organismo, puede alterar los elementos bioquímicos fundamentales para la vida y produce grandes modificaciones en estos.

Se habla de sobredosis cuando hay una exposición a unas cantidades excesivas de una sustancia cuyo consumo es habitual, pero no necesariamente implica una intoxicación.

Los antídotos son medicamentos que, a través de diversos mecanismos, impiden, mejoran o hacen desaparecer algunos signos y síntomas de las intoxicaciones agudas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer el protocolo de actuación ante un paciente que presenta intoxicación aguda.

Objetivos secundarios:

- Especificar los tipos de intoxicación según el tiempo, según intencionalidad y según tipo de intoxicación.

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 gravedad de la intoxicación depende:

- De la toxicidad del producto.

- Del modo de introducción.
- De la dosis ingerida.
- De la edad del paciente.

Las intoxicaciones más habituales suelen ser:

- Por la ingesta de fármacos terapéuticos (medicamentos) debido a errores en la dosificación. Cuando se hace de forma voluntaria se denomina intento autolítico si no se llega a fin o hablamos de suicidio cuando se produce la muerte del paciente.
- Por el consumo de drogas recreativas.

Existen diferentes y variadas formas de clasificar las intoxicaciones:

- Según la intencionalidad:

Accidentales.

Voluntarias.

- En función del tiempo:

Agudas: Cuando la exposición al tóxico es de poca duración, en la que se ha producido una absorción rápida del tóxico,

Crónicas: Cuando hay una exposición repetida al tóxico durante mucho tiempo.

- Según el tipo de intoxicación:

Intoxicación/ejecución: Se emplea el pentotal sódico por vía intravenosa y es empleado para ejecutar la pena capital, en los países donde esta legalizada.

Intoxicaciones voluntarias: cuando el propio paciente las consume intencionadamente para quitarse la vida.

Intoxicaciones accidentales: que son aquellas que se producen de forma casual, dentro de estas están:

.- Intoxicaciones alimenticias, como por ejemplo el consumo de hongos venenosos.

.- Picaduras de animales.

.- Absorción accidental de tóxicos en el domicilio, como el monóxido de carbono o el consumo erróneo o accidental de productos de droguería.

Intoxicaciones medicamentosas.

Protocolo de actuación ante un paciente que presenta una intoxicación aguda:

- Lo primero que hay que hacer en un paciente con intoxicación es:

Comprobar el estado de conciencia del paciente.

Comprobar la respiración del paciente.

Comprobar el pulso.

- Identificar el tóxico agente de la intoxicación.
- Llamar al número del instituto nacional de toxicología para obtener información toxicológica acerca del tóxico y de su tratamiento.

- Medidas para disminuir la absorción del tóxico:

Vía cutánea: retirar toda la ropa, lavar al paciente con agua y jabón. Cuando la intoxicación se ha producido con agentes cáusticos hay que irrigar la zona con agua al menos durante 20 minutos

Vía conjuntival: irrigación ocular durante 30 minutos con suero fisiológico.

Vía inhalatoria: poner oxígeno.

Vía digestiva: vaciado gástrico mediante la inducción del vómito (contraindicado cuando la intoxicación se ha producido con cáusticos e hidrocarburos) y lavado gástrico.

- Medidas para eliminación del tóxico: Forzar la eliminación del tóxico a través de la diuresis forzada alcalina, la diuresis neutra e incluso de forma excepcional con la diálisis.

- Aplicación de Antídotos.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidado de enfermería somos los profesionales del ámbito sanitario que pasamos más tiempo con los pacientes durante su estancia hospitalaria, por eso es necesario que conozcamos todos y cada uno de los procesos de intervención que se llevan a cabo en los pacientes. Entre esos procesos está el protocolo de actuación con personas que vienen al centro sanitario con intoxicación aguda. Es necesario que sepamos que nunca se debe realizar en estos pacientes la respiración boca a boca, cuando no se conoce el tóxico, porque pueden existir resto de toxinas, por ejemplo, cianuro que puede traer problemas graves al personal que lo atiende, también debemos conocer que estos pacientes, aunque estén conscientes nunca se les puede dar nada de beber.

6 Bibliografía

<https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<http://alcoy.san.gva.es>

Capítulo 97

CONSEJOS DEL TCAE ANTE LA APARICION DE LA FIEBRE EN UN PACIENTE

YOLANDA RUIZ BUITRAGO

ANTONIA SERRANO SERRANO

MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA

MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA

1 Introducción

En el momento que aparece la fiebre se ha de sospechar infección en el cuerpo , por ello no es uno de los síntomas que aparecen por si solas. En ocasiones puede ser una infección vírica podemos definirla como que es una enfermedad causada por un virus. Los virus generalmente infectan solo un tipo de célula. O también puede ser bacteriana la cual podemos definir también como Una infección bacteriana es una infección causada por bacterias. Las infecciones bacterianas a menudo pueden tratarse con éxito con antibióticos. Una infección puede comenzar como una infección bacteriana o una infección bacteriana puede ser una infección viral que no mejora, esta debería tratarse con antibiótico.

En una infección no solo aparece el signo de fiebre , dependiendo del tipo de infección puede aparecer enrojecimiento si es una herida, eritema, edema etc. En caso de infección pulmonar tos, disnea etc.

Podemos definir que un paciente posee fiebre cuando podemos conocer las temperaturas normales entre 35,5 y 37 °C; consideraremos fiebre cuando la temperatura sea superior a 38 °C, siendo está valorada como urgente cuando supera los 41 °C. Visto de otra manera, se considera que la temperatura normal del cuerpo humano va de los 35,5 a 37 °C, pudiendo variar según el sujeto.

2 Objetivos

- Conocer que tipo de actuaciones o intervenciones puede realizar el TCAE para ayudar a un paciente que presenta el signo de fiebre.

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 se pueden proporcionar al paciente que presenta un signo de fiebre.

Palabras clave: signo, formación, cuidados, fiebre

4 Resultados

- Como se ha podido observar al realizar nuestra revisión bibliográfica en la que se ha podido incluir artículos y textos en los que documentaban que tipo de actuaciones pueden realizar el TCAE ante un paciente que presenta un signo conocido como fiebre.
- En un primer momento el TCAE ante la aparición brusca de una temperatura elevada denominada fiebre, es algo que no se puede llegar a descender sin conocer la causa por la que está apareciendo esta.
- En un primer momento lo que necesitamos es avisar a responsable de ese paciente para que avise al facultativo. En caso de que este con mucha ropa por encima del cuerpo del paciente, lo primero que debe realizar es quitar ropa, para evitar que siga aumentando la fiebre.
- El TCAE será el profesional que delegaran en una recogida de orina, pues es uno de los focos frecuentes de infección, y también acompañara al paciente a trasladarse a la silla para que el celador en casos de que pueda ser trasladado, acuda a la sala de radiología a realizar una radiografía de tórax.

- En el momento que comienza a descender la temperatura, el paciente comenzará a realizar la pérdida insensible de sudoración, con lo cual el TCAE tendrá que realizar un cambio de ropa de cama. Así evitará que se produzcan lesiones en la piel del paciente.
- Otro tipo de cuidado que puede proporcionar el TCAE, en caso de que tenga permitido podrá beber agua para hidratarse y poder recuperar.
- También hay que intentar ayudarlo a las actividades de la vida diaria como el aseo, pues después de que ceda la fiebre, estará cansado, angustiado. Por ello el TCAE ayudará a este paciente en todo lo que pueda.

5 Discusión-Conclusión

Es un tema muy conocido debido a que cualquier infección siempre como se ha comentado comienza con fiebre, da igual que sea bacteriana o vírica.

El TCAE conocerá todo tipo de síntomas que puede dar la fiebre, o tras ceder la fiebre. Para poder acompañar, ayudar a el paciente en todo su ser biopsicosocial. En este tema hemos querido incluir conceptos básicos para el buen entendimiento y para poder conocer que es la fiebre y que puede realizar el TCAE para ayudar a ese paciente. Gracias a los artículos encontrados hemos podido documentar todo tipo de técnicas básicas para averiguar de donde viene la fiebre y tratarla.

6 Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [en línea]. 2016.
- Martín-Farfán A, Calbo-Torrecillas F and Pérez-de Pedro I. Fiebre importada por el virus Chikungunya. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008; 26(6): 343-444

Capítulo 98

EL TCAE Y PREPARACION DE PRIMEROS AUXILIOS PARA PADRES.

MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA

ANTONIA SERRANO SERRANO

MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA

YOLANDA RUIZ BUITRAGO

1 Introducción

Los accidentes domésticos son la principal mortalidad de los niños o traumatismos craneocefálicos dentro de otros.

Podemos conocer la definición de primeros auxilios y poder relacionarla con primeros auxilios. Por ello, el concepto de salud también se extiende a la capacidad del sujeto para emplear los recursos personales, y mediante ellos, enfrentarse a las dificultades y problemas de la vida. Los Primeros Auxilios se pueden considerar como parte de dichos recursos personales para mantener la salud cuando se produce un accidente.

Los primeros auxilios es algo que debería ser utilizado y enseñado para todo tipo de población, es algo que debería estar impuesto en los colegios, en domicilio etc.

La primera actuación en el lugar del accidente es lo que más puede llegar a ayudar a ese paciente, por lo tanto el TCAE deberá preparar a los padres para poder solventar incidentes que puedan ocurrir a sus hijos desde 1 año hasta 10 años de edad.

Lo primero que deben conocer los padres es la reseña de PAS , proteger, hay que proteger a el niño si esta en una zona donde el agravante va a continuar, avisar a los servicios de emergencias si ve que no puede solucionarlo y socorrer para evitar la omisión de socorro.

2 Objetivos

- Determinar que tipo de aprendizaje va a tener que realizar el TCAE a los padres sobre el tema importante de primeros auxilios.

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 que debe aplicar a los padres sobre el tema d primeros auxilios.

Palabras clave: cuidados, primeros , accidente, formación

4 Resultados

- En nuestro trabajo de revisión bibliográfica hemos indicado e incluido la necesidad de aprendizaje de primeros auxilios para los padres, para ello se han incluido artículos los cuales nos conciencian de que es un tema muy importante y que el TCAE podría proporcionar a estos.
- Hay una serie de temas que pueden realizar el TCAE para evitar o saber reaccionar a los padres ante el accidente o evitarlo si no ha sucedido.
- En un primer momento el TCAE explicara a los padres la opción de durante las comidas. Es importante que desmenucen o corten los alimentos con forma pequeña para evitar la obstrucción de vías aéreas o broncoaspiración.
- En caso de que se produzca una obstrucción el TCAE les enseñara como podrá socorrer a su hijo hasta que vengan los servicios médicos adecuados. Dependiendo de la edad del niño hay una formula y colocación de este. En caso de que sea un bebe sujetara boca abajo , y se le administrara unos golpecitos interescapulares para intentar que el objeto o alimento sea expulsado al exterior. En caso de que el niño sea mayor se le pedirá que realice el acto de toser , para intentar movilizar este objeto, en caso que no salga , se le abrazara alrededor de la cintura

y se le apretara en junto donde termina el externo para obligar a salir el objeto al exterior.

- Otro tipo de enseñanza que debe aprender el TCAE a los padres es la parada cardiorrespiratoria la cual dependiendo también de la edad del niño va ser de una forma u otra. En caso de que sea bebe se le realizara compresiones con los dedos en el tórax , en caso de que sea mayor se realizara compresiones en el tórax. Todo esto equivale a que son 15 compresiones 2 respiraciones.

5 Discusión-Conclusión

El uso de maniobras y técnicas de primeros auxilios es importante a nivel personal y profesional. El TCAE es uno de los profesionales mas importantes en la enseñanza de los padres para evitar muchos de los accidentes que pueda llegar a sufrir su hijo.

Se han documentado solo dos técnicas aunque existen mas de las que hemos indicado en el trabajo, por lo cual se ha resumido a los accidentes que generalmente ocurren en los niños y que los padres deben conocer.

ES un tema muy clave y muy instructivo con lo cual deberían implantarlo en todos los sitios, colegios etc para implantar la menos mortalidad posible.

6 Bibliografía

- Lopetegui Edgard (2000). Saludmed. El concepto de salud.
- Sanz Esponera, J. (1971). Manual de Primeros Auxilios. Madrid: Mutua Rural de Previsión
- Social.
- Universidad de la Rioja. Primeros Auxilios. Servicio de Prevención de Riesgos laborales. 2017

Capítulo 99

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: DROGODEPENDENCIA. INTOXICACIONES POR DROGAS DE DISEÑO

MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS

NOELIA GARCIA ARCONES

MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ

ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ

LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a centrar nuestra atención en la drogodependencia y las intoxicaciones por drogas de diseño. Porque desgraciadamente en el ámbito sanitario se asiste a pacientes adictos a drogas a pesar de las consecuencias perjudiciales que les acarrearán y los cambios, irreversibles, que les producen en el cerebro.

La drogadicción podríamos y debemos considerarla una enfermedad crónica caracterizada por la búsqueda y consumo compulsivo o incontrolable de una droga.. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define droga como toda sustancia (de acción terapéutica o no) que una vez introducida en el organismo es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación del estado anímico, que predispone a un reiterado uso del producto. Si nos fijamos en la última frase de la definición de droga nos damos cuenta que predispone al paciente a su uso reiterado apareciendo por tanto lo que se denomina adicción y dependencia.

La adicción y/o dependencia la podríamos definir como la pérdida de libertad ante el deseo incontrolable de consumir la droga en cuestión.

Drogodependencia: estado psíquico y físico resultante de la interacción de un organismo con una droga, caracterizado por respuestas y cambios del comportamiento en la persona que la padece.

Abstinencia: cambio físico o mental que ocurre cuando el organismo se ve privado de las drogas que está acostumbrado a consumir.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer el protocolo genérico de actuación en paciente con intoxicación por drogas de diseño.

Objetivos secundarios:

- Poner en conocimiento los dos tipos de dependencia que produce el consumo de drogas.
- Especificar los tipos de drogas de diseño, según su acción, más habituales.
- Especificar la sintomatología que presentan las personas que consumen drogas de diseño.

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, droga, drogadic-

ción, adicción, dependencia, drogodependencia, abstinencia, tipos de dependencia, tipos de drogas de diseño, sintomatología del paciente bajo los efectos de las drogas y protocolo de actuación con personas que presentan intoxicación por drogas de diseño.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario, droga, drogadicción, adicción, dependencia, drogodependencia, abstinencia, tipos de dependencia, tipos de drogas de diseño, sintomatología del paciente bajo los efectos de las drogas y protocolo de actuación con personas que presentan intoxicación por drogas de diseño, 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Cuando hablamos de dependencia, podemos distinguir dos tipos:

- La dependencia física: necesidad de mantener un cierto nivel en sangre de la droga para funcionar con normalidad. Si este nivel disminuye se producen cambios de comportamiento.
- La dependencia psíquica: deseo intenso de consumir la droga periódicamente para conseguir un estado de placer o euforia o para librarse de un estado afectivo negativo.

La sintomatología que presenta la persona que consume drogas de diseño es:

- Tensión arterial y frecuencia cardiaca incrementada.
- Sudoración excesiva.
- Temperatura corporal excesivamente alta (hipertermia).
- Bruxismo (rechine de dientes)
- Contracciones involuntarias de la boca que les impiden a separar los dientes(trismos).
- Náuseas.
- Insomnio.
- Incremento de la empatía.
- Desinhibición conductual
- Empleo de palabras de forma desordenada.
- Alucinaciones visuales.
- Presentación de ideas paranoides.
- Irritabilidad.

Clasificación de las drogas, según su acción:

- Las drogas depresoras del sistema nervioso central o psicodislépticos dentro de este grupo están:

Alcoholes.

- . Opiáceos y sus derivados (heroína, morfina, ...).
- . Derivados del cannabis (marihuana, hachish, ...).
- . Hipnóticos y sedantes (benzodiacepinas, barbitúricos, ketamina, etc.)
- . G.H.B (gamma hidroxibutirato)
- . Disolventes y colas.

- Las drogas psicoestimulantes entre las que nos encontramos:

- . La cocaína y sus derivados.
- . Las anfetaminas y sus derivados.
- . La cafeína.
- . La nicotina.
- . Los alucinógenos: dietilamida del ácido lisérgico (LSD), el peyote, la mescalina, etc.
- . Las drogas de síntesis.

Protocolo de actuación ante un paciente que presenta intoxicación por drogas de diseño:

- Examinar nivel de conciencia, respiración y pulso.
- Realizar hemograma, coagulación, bioquímica, gasometría venosa, ECG.
- Identificar la droga que ha causado la intoxicación en el paciente, a través de preguntas al paciente, si este está consciente, o de sus familiares si el paciente está inconsciente.
- Si la intoxicación es grave se inicia el ABC.
- Si la víctima está inconsciente y respira se pondrá en posición lateral de seguridad.
- Cuando el paciente está inconsciente, no respira y no tiene pulso se iniciará ventilación y el masaje cardiaco.
- Administración de antidotos:
 - . En intoxicaciones con heroína u opiáceos se administra la Naloxona para evitar que el paciente llegue a la parada respiratoria y al coma.
 - . Si la intoxicación se ha producido por consumo de alcohol hay que evitar la broncoaspiración si vomita, con apertura de la vía aérea si presenta disminuido el nivel de conciencia.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE adscrito al servicio de urgencias en el ámbito sanitario y / o unidad de conductas adictivas se encuentra con mucha frecuencia con intoxicaciones por consumo de drogas de diseño de ahí la necesidad de conocer el protocolo de actuación, porque, aunque no es considerado personal sanitario ayuda al personal sanitario en el desarrollo de los distintos protocolos que llevan a cabo. Por otro lado, es importante que conozca que las drogas depresoras producen diferentes grados de depresión del nivel de conciencia, avanzando hasta la sedación progresiva, la somnolencia hasta el coma profundo. Que las drogas psicoestimulantes producen habitualmente cuadros de euforia, aumento del estado de alerta e hiperactividad motora, y disminuyen la sensación de fatiga y apetito.

Que no existe antídoto para intoxicaciones con drogas psicoestimulantes.

Que conozca todo ello supondrá que pueda colaborar de forma efectiva y eficaz con el resto del equipo multiprofesional que ayudará a salvar la vida en el caso de intoxicaciones graves por consumo de drogas de diseño.

6 Bibliografía

Wikipedia <https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<https://www.auxiliar.enfermeria.com>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403302777606>

<https://books.google.es>

Capítulo 100

EL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO

MARTA GIL CRUZ

PILAR IBÁÑEZ PASTOR

DAVID RAMOS GARCÍA

LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE

MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ

1 Introducción

La vivencia de portar una ostomía produce modificaciones significativas en la vida de una persona a todos los niveles (físico, psicológico, social y cultural) y, generalmente, suele tener condicionantes negativos. Estos van desde la pérdida de autonomía hasta la negación del autocuidado, dependiendo de las necesidades y preocupaciones de cada persona. El paciente va a hacer frente a la ostomía en su cotidianeidad, y por tanto precisa de asesoramiento y un apoyo educativo adaptado a sus necesidades, que tenga en cuenta sus particularidades y las de su entorno para conseguir una integración y adaptación a su nueva vida.

La ostomía es la comunicación entre órganos o vísceras y la pared abdominal aumentando así la posibilidad de avocar hacia el exterior los desechos del organismo. La ostomía se encuentra en el interior del intestino grueso. Una ostomía es

una abertura (estoma), practicada quirúrgicamente desde el interior hacia el exterior de la pared abdominal, mediante la cual se da salida tanto a líquidos como a heces.

Las ostomías más frecuentes son la colostomía y la ileostomía para las heces y la urostomía para la orina. Se pueden llevar a cabo en todos los grupos de edad desde neonatos hasta los ancianos. El estoma se parece a la parte interna de la mejilla, de color rosada y húmeda. Al principio puede estar hinchado, pero esta hinchazón va disminuyendo con el paso del tiempo.

2 Objetivos

Conocer las funciones principales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para el cuidado del paciente con ostomía.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en artículos y en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “cuidados auxiliar de enfermería con paciente ostomizado”.

4 Resultados

El principal objetivo del auxiliar de enfermería frente al paciente ostomizado, es el intentar que lleve una vida normal, después de habersele realizado una intervención quirúrgica, ayudarle en sus cuidados e higiene del estoma; y en la reinserción en su vida social.

La ostomía es una exteriorización del intestino en la pared del abdomen realizada con el objetivo de poder evacuar las heces debido a un problema médico que impida eliminarlas por el ano.

Para tratar algunas enfermedades que afectan al aparato digestivo o al aparato urinario, es necesario modificar la anatomía de algunos órganos, como el intestino o los uréteres. Existen, básicamente, tres tipos de ostomías: colostomía, ileostomía y urostomía:

- Colostomía: Se denomina así cuando lo que se aboca al abdomen es el colon o intestino grueso.

- Ileostomía: Se denomina así cuando lo que se exterioriza es el intestino delgado (íleon).

- Urostomía: Se denomina así la derivación de la orina hacia el exterior sin pasar por la vejiga.

Independientemente del tipo de ostomías, la técnica del cuidado del estoma y cambio de bolsa es la misma para todas. A continuación, vamos a describir el cambio de bolsa que realizaría un personal auxiliar de enfermería previamente habiendo realizado el lavado de manos y colocación de guantes:

- Explicar al paciente la técnica a realizar, tratando de hacerle ver la necesidad de que aprenda a cuidar por sí mismo su estoma.
- Colocar algún tipo de biombo o cortina para preservar y respetar su intimidad.
- Retirar la bolsa de colostomía de sucia de arriba a abajo sujetando con una mano la piel para evitar que vierta el contenido de dicha bolsa.
- Observar el volumen y características de las heces que deberá anotarse en gráfica correspondiente depositando la bolsa en contenedor de material sucio.
- Limpiar el estoma con agua jabonosa o suero fisiológico siempre de forma circular y desde el centro hacia la periferia, retirando suavemente los residuos del adhesivo que ha dejado en la piel.
- Secar por presión, nunca por fricción.
- Colocar la nueva bolsa de abajo a arriba.
- Recoger el material, retirar guantes, acomodar al paciente lavar manos, y anotar lo observado e incidencias si las hubiere.

Es importante aconsejar al paciente ostomizado el no realizar malos hábitos como:

- Secar el estoma con el secador
- Si hay vello alrededor del estoma nunca rasurar, ni con maquinilla, simplemente cortar con tijeras.
- Usar toallas específicas para la limpieza de ostomías en caso de estar fuera de casa y secarse con un papel.
- Durante los primeros meses el estoma se suele reducir durante la intervención para lo cual es necesario medir su diámetro.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene que llevar a cabo un papel muy importante con este tipo de pacientes ostomizados, ya que deberá ayudarlos psicológicamente a tomarse con normalidad este nuevo cambio en su imagen

corporal. Una ostomía cambia considerablemente la vida. El primer y más importante cambio se da porque los desechos ya no son expulsados a voluntad. No hay control sobre el momento de la evacuación y esto, claro está, genera un nivel de ansiedad.

Poco a poco y a medidas que el paciente se va adaptando a su nueva situación es importante que vaya recuperando sus actividades diarias, la incorporación a la actividad laboral (sin coger pesos), a la práctica de deportes (no de riesgo) y a la vida social.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.daeformacion.com
- www.auxiliar-enfermeria.com
- Pubmed
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/programa-de-atencion-de-enfermeria-a-un-paciente-ostomizado-caso-clinico/>
- <https://congresosicepa.com/intervencion-paciente-ostomizado/>
- Documentación: Protocolo del paciente ostomizado
- <https://www.efesalud.com/>

Capítulo 101

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON PACIENTES PROCEDENTES DE CIRUGÍAS CARDÍACAS

MARTA GIL CRUZ

MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ

LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE

PILAR IBÁÑEZ PASTOR

DAVID RAMOS GARCÍA

1 Introducción

Las cirugías cardíacas se utilizan como método de corrección de problemas surgidos en el corazón, los cuales, por otros medios como tratamientos no se pueden resolver.

Existen diferentes cirugías cardíacas que podemos encontrar, la más común de ellas es el bypass de la arteria coronaria o de revascularización coronaria.

Para la realización de esta misma se enlaza una arteria o vena que se encuentra en un estado sano con la arteria coronaria que se encuentra obstruida.

Las cirugías de tipo cardíaco se utilizan además para:

1. Arreglar o cambiar las válvulas, las cuales controlan el flujo de sangre por medio de las cámaras del corazón.
2. Reconstruir estructuras anómalas o estropeadas.
3. Instaurar dispositivos para la regularización del ritmo cardíaco o el mantenimiento de la función del corazón y del flujo sanguíneo.
4. Sustituir el órgano cardíaco en mal estado por uno sano procedente de un donante.
5. Tratar la insuficiencia cardíaca adecuadamente.
6. Controlar los ritmos cardíacos que no son normales.

La mayor parte de las cirugías realizadas en el órgano cardíaco producen unos resultados excelentes, aunque se pueden producir una serie de riesgos postoperatorios (sin ser algo común) como pueden ser: hemorragias, infecciones, ritmos cardíacos irregulares, fallos renales o accidentes cerebrovasculares (ACV).

2 Objetivos

Describir las funciones principales que deben realizar los auxiliares de enfermería (TCAE) en contacto con pacientes a los que se les han realizado cirugías cardíacas dentro de una unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en artículos y en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “funciones auxiliar enfermería pacientes cardiología”.

4 Resultados

Las principales funciones que el auxiliar de enfermería debe realizar cuando el paciente procedente de una cirugía cardíaca llega a la unidad correspondiente son:

1. Preparar el box en el que el paciente se va a ubicar:
 - Se prepara de manera funcional la cama donde va a ser colocado el paciente.
 - Se colocarán los diferentes módulos de monitoreo a la vez que los cables de conexión y electrocardiodinámica.

- Revisión de las tomas de vacío y del correcto funcionamiento de los vacuómetros.
 - Preparación de una columna para las bombas de perfusión, con tres bombas y dos presurizadores.
 - Colocar y comprobar el aparato de ventilación mecánica.
 - Comprobación de la presencia de diferentes materiales como es el ambú, la válvula de inspiración/espriación, así como la alargadera de toma de O₂.
 - Colocación y comprobación de un sistema de O₂, manómetro y caudalímetro.
 - Colocación para el cambio de un sistema de control de diuresis horario y bolsa de sonda nasogástrica.
 - Comprobar que cerca del box se encuentre el carro de paradas totalmente revisado, convector de hipotermia, carro auxiliar de estracorpóreas, con todo el material necesario, carro de curas.
2. Otras funciones del auxiliar de enfermería dentro de una unidad de cuidados intensivos (UCI) cardiaca pueden ser:
- Realizar las labores de higiene a los pacientes en sus camas. Realizando cambio de ropa y de ser necesario, cambios posturales o asistencia en sus necesidades fisiológicas.
 - Verificar la esterilización del material y el instrumental utilizado en la atención médica de los pacientes como carros de paradas, filtros de diálisis, etc. Todos estos instrumentos deben de ser lavados y desinfectados atendiendo los protocolos establecidos por el hospital.
 - Garantizar las existencias mínimas necesarias de medicamentos, instrumentación y materiales para la debida atención del paciente.
 - Asistir a la enfermera o al médico en todos los procedimientos y técnicas que estos efectúen.
 - Atender a los familiares del paciente, los conduce por las instalaciones del hospital y les informa sobre las normas de visita y estancia en el centro.
 - Suministrar alimento a los pacientes que puedan ingerir por vía oral.
 - Vaciar las bolsas de diuresis
 - Llevar el control de ingestas, diuresis y defecaciones de los pacientes

5 Discusión-Conclusión

El cuidado del confort y el bienestar de los pacientes que se encuentran en estas unidades de cuidados intensivos tras una cirugía cardiaca pueden resultar elementos clave para favorecer la recuperación de la salud de los mismos. Como profesionales, los auxiliares de enfermería deben de conocer y aplicar los cuidados básicos encaminados a la consecución del bienestar, especialmente en relación

con el cuidado del entorno, la higiene y la movilidad de paciente. También se debe conseguir que el box donde se va a alojar el paciente esté completamente equipado y preparado para que cualquier inconveniente que se produzca pueda ser solucionado a la mayor brevedad posible.

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 asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermeraTCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.daeformacion.com
- www.auxiliar-enfermeria.com
- <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com>

Capítulo 102

ERGONOMÍA EN EL TRABAJO PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARTA GIL CRUZ

MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ

LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE

PILAR IBÁÑEZ PASTOR

DAVID RAMOS GARCÍA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir los riesgos profesionales como aquellas situaciones de trabajo que pueden romper el equilibrio físico, mental y social de las personas. La ergonomía es el estudio de la relación entre la persona y su trabajo, máquinas y ambiente, y particularmente la aplicación de los conocimientos de la anatomía, fisiología y psicología en la solución de los problemas surgidos de esta relación.

La ergonomía trata de ajustar las condiciones de trabajo a las características del trabajador. La forma de actuar de la ergonomía consiste en identificar los riesgos ocasionados por las condiciones de trabajo y buscar soluciones para eliminarlos. La ergonomía es una disciplina que tiene en consideración factores físicos, cognitivos, sociales, organizacionales y ambientales, pero, con un enfoque “holístico”,

en el que cada uno de estos factores no son analizados aisladamente, sino en su interacción con los demás.

La forma de identificar los riesgos ergonómicos es analizar las tareas que se realizan en el puesto de trabajo, las herramientas que se utilizan y las condiciones en las que se desarrolla el trabajo.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Existen varios factores que pueden alterar dicho estado, y entre ellos podemos encontrarnos con los riesgos laborales, entre los que podemos destacar los malos hábitos posturales.

2 Objetivos

Conocer la relación entre trabajo, salud y enfermedad profesional.

Analizar los conceptos de salud laboral y condiciones de trabajo e identificar los tipos de riesgos y los daños derivados del trabajo.

Poner de manifiesto la importancia de la ergonomía en relación a la carga física en el trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en artículos y en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “ergonomía auxiliares de enfermería”, “riesgos ergonómicos”.

4 Resultados

El objetivo básico de la ergonomía es garantizar que el espacio de trabajo esté en armonía con las actividades que realiza el trabajador.

Generalmente, el principal objeto de protección (aunque no el único) es la “espalda”, ya que la excesiva carga de trabajo, la bipedestación a la que el ser humano no está acostumbrado y la propia tensión de la vida diaria pueden conllevar crisis de dolor y lesiones degenerativas de la columna.

Cuando se identifican los peligros ergonómicos presentes en el personal que trabaja en el sector sanitario y sociosanitario, de manera generalizada podemos hablar de que los principales peligros, que son cinco:

- La movilización o levantamiento de pacientes para pasarlos de un lugar a otro;

- La presencia de posturas forzadas en la asistencia al paciente;
- El trabajo repetitivo derivado de las curas, higienes, cambio de pañales;
- El levantamiento de cargas cuando se levantan cajas de medicación, bolsas de ropas o sábanas sucias, bolsas de pañales, todo esto que pese más de 3 kg....
- Empuje y arrastre de camas, sillas de ruedas, grúas, carros de comida, etc.

Es importante que los auxiliares de enfermería, encargados de movilizar pacientes, expliquen el procedimiento, para tener colaboración. En caso de estar en estado de inconsciente o niños es preferible usar dispositivos de sujeción. Es importante que el auxiliar de enfermería conozca los principios del movimiento corporal con el fin de utilizar el cuerpo de manera adecuada para evitar la distensión muscular, y aprovechar la conservación de energía. La utilización de medios mecánicos, tales como grúas, petos, transfers deben utilizarse siempre que sea necesario y aplicando las técnicas necesarias para un uso correcto y minimizando los riesgos tanto para el paciente como para el auxiliar de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares de enfermería deben de tener y disponer de la información adecuada para el manejo de cargas, levantamiento de peso y sobretodo una buena higiene postural para tener una correcta ejecución de su puesto de trabajo, para evitar posibles lesiones leves que deriven o desencadenen en accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Aplicar y considerar a la ergonomía en la planificación y reestructuración de las instalaciones, en el acondicionamiento de los puestos y áreas de trabajo, en la organización de tareas y en un sistema de procedimientos del consultorio ayuda enormemente a: simplificar las tareas, aumentar la buena comunicación, evitar los movimientos innecesarios, reducir la fatiga física y mental, disminuir el estrés, minimizar el riesgo de enfermedades profesionales, mejorar la calidad y rendimiento del trabajo.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.daeformacion.com
- www.auxiliar-enfermeria.com
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/ergonomia-e-higiene-postural-en-el-ambito-laboral-articulo-monografico/>
- <https://prevencionugandalucia.es/riesgos-laborales-auxiliar-de-enfermeria/>

- <https://www.cenea.eu/riesgos-ergonomicos/>
- <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-ergonomicos>

Capítulo 103

LA ANSIEDAD: ENFOQUE Y TRATAMIENTO. RECORDATORIO PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SILVIA COTARELO PRIETO

1 Introducción

La ansiedad es un sentimiento de temor e inquietud. Cuando los pacientes sufren trastornos de ansiedad, sudan, se sienten inquietos, nerviosos y tienen palpitaciones cardíacas. Esta puede ser una respuesta normal al estrés y la podemos clasificar como leve, moderada o severa. La ansiedad severa puede tener consecuencias físicas como náuseas, diarrea, intestino irritable e incluso afectar el sistema inmune (al reducir la resistencia del cuerpo a las enfermedades). La mayoría de los pacientes pueden reducir y eliminar sus síntomas de ansiedad volviendo a sus vidas "normales" después de unos meses con la psicoterapia adecuada, a veces con la ayuda de medicamentos.

En caso de tener ansiedad severa, es posible que se deba ver a un profesional de la salud mental. Un psiquiatra es un médico que se especializa en diagnosticar y tratar enfermedades mentales. Los psicólogos y otros profesionales de la salud mental pueden diagnosticar la ansiedad y brindar asesoramiento (psicoterapia). Para diagnosticar un trastorno de ansiedad, el profesional de la salud mental puede:

- Realizar pruebas psicológicas. Esto incluye hablar sobre los pensamientos, sentimientos y comportamientos del paciente para ayudar a determinar el diagnós-

tico y detectar complicaciones asociadas. Los trastornos de ansiedad a menudo coexisten con otros problemas de salud mental, como la depresión o el abuso de sustancias, lo que puede complicar el diagnóstico.

- Comparar los síntomas con los criterios del DSM-5. Muchos médicos utilizan los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, para diagnosticar los trastornos de ansiedad.

En la mayoría de los casos, este trastorno presenta una variedad de signos y síntomas que se deben evaluar para realizar un diagnóstico preciso.

2 Objetivos

Presentar el caso de paciente que acude al servicio de urgencias de un hospital con trastornos de ansiedad.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 49 años acudió a urgencias con ansiedad, presentó dolor y ardor en los tercios epigástrico y subesternal, resolución gradual de la presión y eructos, seguidos de hormigueo en la parte inferior del seno izquierdo, los codos y las rodillas estaban temblando y tenía muchas ganas de llorar. El dolor no remitía, una sensación de mareo, a menudo vértigo inestable. Sin dificultad para respirar, sin cortejo vegetativo y sin palpitaciones del corazón. Acudió hace dos años por el mismo motivo, aunque con el tiempo los síntomas de ansiedad no remiten desde la primera valoración. Mencionó que estaba nerviosa, generalmente por su carácter, pero el problema ha crecido considerablemente por la pérdida de su trabajo. Se mostró cooperativa pero también nerviosa durante todo el examen, lo que subraya su gran interés y deseo de recibir psicoterapia para abordar sus dificultades de ansiedad.

Los signos y síntomas que presenta son: dolor y opresión torácicos, sensación de nerviosismo y agitación, sensación de pánico, respiración y ritmo cardíaco acelerados, temblores en miembros inferiores y superiores, sudoración, cansancio, problemas de concentración y obsesión por el problema que le provoca la ansiedad, insomnio desde hace varios días, gastritis con sensación de ganas de vomitar a pesar de casi no ingerir alimentos esta última semana

Se le realizó un electrocardiograma y medición de niveles de oxígeno en sangre

con un pulsioxímetro de pulso. También se le realizó análisis de enzimas cardíacas, con el que se descartó cualquier problema o cambio cardíaco subyacente.

Diagnóstico: Ataque de ansiedad.

A la paciente se le administró Alprazolam, se habló con ella, se tranquilizó, le mostramos que sus problemas serían tratados profesionalmente, le explicamos que se sometería a un control de salud mental donde recibiría el tratamiento adecuado, y la orientaría un psicólogo que los acompañara en su domicilio y le ayudarán a superar la ansiedad. El tratamiento que le pusieron fue media pastilla de Lorazepam por la mañana y una pastilla por la noche para reducir la ansiedad y que le ayudara a descansar. Se le solicita consulta prioritaria urgente con los servicios de salud mental para brindar pautas de mantenimiento, psicoterapia y seguimiento. Se le dio de alta este día para que la controle el especialista.

4 Discusión-Conclusión

Los ataques de ansiedad no son un tema apremiante pero para quienes los padecen, son preocupantes. Son estados de ansiedad intensa, de inicio rápido, de corta duración, acompañados de síntomas físicos como dificultad para respirar, palpitaciones, presión en el pecho, mareos, pavor y miedo a perder el control, a la muerte... El trastorno de pánico o ansiedad es un trastorno común en los consultorios de los psicólogos; sin embargo, hasta un 50% de los pacientes no son diagnosticados correctamente y aún tienen este problema. Es muy importante conocerlo y diagnosticarlo correctamente, ya que es un trastorno debilitante que aísla a los pacientes de su entorno y actividades habituales, causándoles una gran angustia. Desconocemos el alcance de la perturbación en nuestro entorno, un evento importante o la acumulación de situaciones vitales estresantes simples que pueden causar una ansiedad excesiva, como la muerte de un familiar, el estrés en el trabajo o la preocupación constante por la situación financiera.

La mayoría de los ataques agudos de ansiedad aparecen en los servicios de urgencias acompañados de multitud de síntomas y signos que indican este problema, por lo que deben ser atendidos y tratados adecuadamente en los servicios de urgencias.

5 Bibliografía

1. www.sanamente.org

2. www.cun.es
3. www.mayoclinic.org

Capítulo 104

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRA ESTÉRIL DE ORINA POR Sonda

JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO

SARA DOMÍNGUEZ MERINO

KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL

ALMUDENA DEL RÍO CORRAL

MIHAI MANZAT

1 Introducción

El examen de orina sirve para el diagnóstico de muchas patologías y la recogida de su muestra es importante con el fin de obtener un resultado fiable.

En ciertas circunstancias, como puede ser la retención urinaria o la demencia, hace que la recogida de orina no pueda llevarse a cabo de una manera natural, por lo que es necesario sondar al paciente para obtener dicha muestra.

Para sondar al paciente, se colocará una sonda o catéter de látex o silicona a través del meato urinario hasta llegar a la vejiga. El personal de enfermería será el encargado de realizar esta técnica, y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) será quien le preste apoyo en todo momento.

Existen diferentes tipos de sondas, según sus indicaciones: Foley, Nelaton, pico de pato, etc. Y existen dos tipos de sondaje:

- Sondaje permanente: se trata de aquel que el paciente va a llevar de manera continua durante un periodo de tiempo más largo. Se realiza a pacientes recién operados de próstata o en caso de retención urinaria, entre otros.
- Sondaje evacuador: se colocará una sonda al paciente de manera puntual, con el único fin de obtener orina o vaciar la vejiga en un momento puntual. Una vez se haya finalizado el procedimiento, la sonda se retirará inmediatamente.

2 Objetivos

- Exponer en qué consiste el sondaje vesical y la función del TCAE en la realización de esta técnica de sondaje.
- Analizar la relación entre la técnica de sondaje y las infecciones nosocomiales, resaltando la importancia de realizar una adecuada técnica para evitar este tipo de infecciones.

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: orina, estéril, sondaje.

4 Resultados

El TCAE será el responsable de preparar todo el material que se va a necesitar para llevar a cabo el procedimiento antes de entrar a la habitación o Box donde se realizará la técnica. En el caso de un sondaje permanente el material necesario será: sonda del calibre que el responsable indique, paño estéril, lubricante, bolsa de orina, gasas y guantes estériles. En el caso del sondaje evacuador: guantes estériles, lubricante, sonda, gasas y bote de orina estéril. Es muy importante recordar que se trata de técnicas estériles. Una vez se tenga todo el material y su compañero/a esté listo, le explicarán al paciente el procedimiento que van a realizar y realizarán un lavado de manos.

En ambos casos, el TCAE limpiará de manera cuidadosa alrededor del orificio de la uretra con agua y jabón o con una solución antiséptica, y lo secará con una toalla. El TCAE apoyará en todo momento a su compañero, por lo que abrirá con cuidado el paño estéril, y después desempaquetar el resto de material, de manera estéril, y lo dejará en dicho paño. El responsable de realizar la técnica introducirá suavemente la sonda, una vez esté en el lugar correcto, inflar el globo de la sonda con suero fisiológico con el fin de fijarla y se conectará la bolsa colectora.

En el caso del sondaje evacuador se limpia con especial atención la zona alrededor del orificio de la uretra con agua y jabón o con una solución antiséptico. El/la responsable inserta lentamente la sonda en la uretra, la orina se recogerá en un recipiente estéril y se retira la sonda.

Es muy importante que el equipo de enfermería, formado por el TCAE y por el/la enfermero/a, conozcan los pasos a seguir para desarrollar la técnica de manera exitosa. Es realizarlo correctamente para evitar futuras infecciones del tracto urinario, pues es el problema más asociado a la realización de esta técnica. Estudios reflejan que el 80% del total de las infecciones que ocurren durante el ingreso hospitalario, son infecciones del tracto urinario. Se estima que el 10% de los pacientes ingresados, necesitan ser soldados, y de ellos un 10% sufrirá una infección del tracto urinario.

Es vital también que ambos cumplan estrictamente los pasos para obtener una muestra de orina estéril, pues si el contenido fuese contaminado, podría ofrecernos un resultado falso.

En primer lugar, le explicaremos al paciente qué es lo que vamos a hacer, y se comprobará el nombre completo, así como los apellidos del paciente. Si fuese posible, le pediremos un consentimiento verbal. Nos lavamos las manos y nos ponemos unos guantes.

En el caso de pacientes portadores de sonda vesical permanente, pinzamos la sonda con una anterioridad de una media hora. Después se realizará una punción de la sonda o directamente, con una jeringa recogemos la muestra de la bolsa. Se extraerán unos 100 cc para enviar al laboratorio.

Retiraremos todo el material que hemos usado, nos quitamos los guantes y lavamos las manos con agua y jabón. Etiquetamos la muestra de manera correcta.

Lo ideal es enviar la muestra al laboratorio inmediatamente, pero si no es posible enviarla en un máximo de 4 horas, se debe refrigerar en nevera a una temperatura entre 2-8 ° C. Una orina de más de 24 horas ya no nos será útil. Aunque la técnica se realiza en condiciones de asepsia, la sonda vesical está relacionada con las infecciones nosocomiales. Las infecciones vinculadas con el sistema sanitario son aquellas que tienen relación con prácticas asistenciales en pacientes

hospitalizados así como ambulatorios, pero que se encuentran en contacto con el sistema.

Se estima que afectan al 5% del total de los pacientes y suponen una elevada morbilidad y coste económico elevado. La presencia de la sonda vesical sigue siendo a día de hoy una de las causas más frecuentes en la aparición de infecciones del tracto urinario nosocomial, aunque podemos decir que se ha observado cómo ha bajado la incidencia con el paso de los años. Hemos de recordar que la enfermedad nosocomial es aquella, que es adquirida durante el ingreso hospitalario. En la actualidad, se estima que entre el 15% y el 25% de los pacientes atendidos en hospitales de agudos, y el 85% aproximadamente de los pacientes atendidos en unidad de cuidados intensivos (UCI), son o han sido portadores en algún momento durante la estancia hospitalaria, de una sonda vesical. Y como adelantamos anteriormente, el 80% de las infecciones nosocomiales, están relacionadas con el uso de una sonda urinaria. Se considerará como infección del tracto urinario a aquella que está relacionada con el sondaje urinario y que está presente durante la permanencia de la sonda vesical o en las 72 horas posteriores a su retirada.

Las infecciones del tracto urinario en pacientes que tienen una sonda vesical, conforman un problema de salud pública, por su frecuencia y morbilidad, en hospitales así como en centros de larga estancia, así como por el gasto que esto genera.

Pues se estima que en nuestro país, se gastan anualmente unos 500 millones de euros para tratar estas afecciones.

La prevalencia de pacientes con sonda vesical en la comunidad se ha estimado entre el 0,02 y el 0,07%, aumentando al 4% en la población más anciana, hasta el 20% personas residentes en geriátricos, y superior al 35% en los casos en los que existe incontinencia urinaria.

5 Discusión-Conclusión

Recordemos que es el enfermero quien realiza la técnica, siempre apoyado por el TCAE.

Es muy importante que ambos conozcan y realicen los protocolos de una manera correcta, con el fin de evitar que sigan sucediendo infecciones nosocomiales del tracto urinario en pacientes portadores de sonda vesical, para evitar el sufrimiento que al paciente le puede provocar esta situación, así como para ahorrar en el gasto a la sanidad que esto provoca. Sirva como ejemplo que el gasto público en sanidad en España se encuentra en torno a los 3.203 millones de euros, mien-

tras que 500 de estos millones, están destinados a cubrir la asistencia de estas infecciones, de ahí la importancia de su prevención.

6 Bibliografía

1. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 105

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS HEMOCULTIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO

SARA DOMÍNGUEZ MERINO

KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL

ALMUDENA DEL RÍO CORRAL

MIHAI MANZAT

1 Introducción

El hemocultivo, es un examen que evalúa la posible invasión de patógenos, en la sangre de un paciente. Este método se lleva a cabo a través de una extracción de sangre ordinaria, por el personal de enfermería. Se introduce en unos tarros, cuyo cultivo se analiza luego en el laboratorio. Este recurso, sirve para identificar el microorganismo causante de la contaminación y nos indica que tratamiento con antibióticos se debe emplear, o que actuación protocolaria seguir, para poder remitir esa infección.

Se deben extraer muestras de sangre ante sospecha de: sepsis, meningitis, neumonía, endocarditis, infección intraabdominal, fiebres de origen desconocido, escalofríos, deterioro multiorgánico no aclarado, entre otras causas.

Generalmente la muestra de sangre se toma del antebrazo. Si no existe sospecha de infección de bacterias por utilización de catéter, se evitará siempre extraer sangre de un catéter venoso periférico o catéter central. La técnica debe realizarse lo más estéril posible para evitar la contaminación de las muestras. Se suelen emplear dos pares de hemocultivos. Estos se dividen en dos clases; anaerobios (no llevan oxígeno) y aerobios (si llevan oxígeno).

No existe un procedimiento estándar mundial, sobre el intervalo de tiempo que debe transcurrir entre una extracción de sangre y la siguiente. En unos manuales aconsejan que sea un tiempo entre 15 - 20 minutos, pero esto puede variar según el caso que se nos presente; nos encontremos en una urgencia, empeore la gravedad del paciente o la premura por comenzar con el tratamiento antibiótico. Para realizarla, se extraen de dos miembros diferentes a la vez. Se repite esta prueba en los días sucesivos según vaya cambiando el resultado de las mismas, o para ver el avance positivo del tratamiento que se ha prescrito.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los hemocultivos y para qué se utilizan.

Objetivos secundarios:

- Describir el protocolo a seguir en su uso para evitar posibles complicaciones.
- Destacar la importancia del trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) como parte del equipo que conforma la UCI.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave; hemocultivos, extracción de sangre y protocolo hemocultivo.

4 Resultados

Material a emplear:

- Compresor.

- Aguja IV, Jeringa de 20ml.
- Alcohol 70°.
- Povidona Yodada.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles y no estériles.
- Esparadrapo de papel.
- Paño estéril.
- Gorro y Mascarilla.
- Clorhexidina acuosa 2%.
- Tarros de Hemocultivos (2 o 3 pares, Aerobios y Anaerobios).

Procedimiento a realizar:

El TCAE tendrá todo el material ya preparado en el box del paciente. Los tarros de los hemocultivos estarán bien etiquetados con: los datos del paciente, fecha, hora y número de frasco aerobio o anaerobio correspondiente. Esto se hace para seguir el orden de llenado según se emplee jeringa, o sistema de vacío. Nunca se cubre el código de barras del hemocultivo.

- Le explicamos siempre al paciente la técnica que vamos a realizar.
- Colocarse gorro y mascarilla.
- Lavado de manos.
- Puesta de guantes desechables.
- Colocación del compresor y se palpa zona a trabajar.
- Se desinfecta la piel:
1° Agua y jabón; 2° Alcohol 70° en círculos de 24 cm durante 30 segundos; 3° Clorhexidina acuosa al 2%.
- Dejamos secar.
- Quitamos tapas a los tarros. Las gomas que quedan expuestas, vienen ya estériles, pero si las tocamos o rozamos sin querer, las limpiaremos con alcohol de 70° y una gasa estéril. Nunca con algodón para que no queden restos del él y contamine la muestra.
- Ponemos guantes estériles y preparamos campo estéril.
- Procedemos a extraer la muestra de forma estéril (no se puede hablar ni toser).
- Una vez la tenemos, la traspasamos rápidamente al primer tarro, para evitar la coagulación de la sangre. La jeringa se coloca en posición vertical, y la aguja no puede rozarse con ningún material no estéril.
- Si la extracción se hace con jeringa, se introduce 10 ml primero en el tarro de anaerobios y 10 ml después en el aerobios. Si se utiliza "Vacutainer", primero se introduce 10 ml en el tarro de aerobios y luego, 10 ml en el anaerobios.

- Al introducir la sangre en un tarro de hemocultivo, se debe controlar siempre la presión que ejerce de succión, porque tiene vacío en su interior, y en el primero que carguemos, puede ser aspirado todo el contenido de la jeringa, sin que nos quede muestra del sangre para introducir en el segundo tarro.
- Invertimos suavemente el tarro para mezclar el cultivo que lleva, con la sangre que hemos recogido.
- No es necesario coger una aguja nueva al inyectar la sangre en el otro hemocultivo. Hay que evitar que se produzca un pinchazo involuntario y porque no se ha demostrado que disminuya el posible porcentaje de contaminación al emplear otra nueva.
- Cambiamos los guantes, y procedemos a la segunda extracción de sangre en el otro miembro, se realiza con la misma técnica estéril que en el anterior, y el mismo procedimiento.
- Si nos piden que debe extraerse sangre de un catéter venoso periférico o central, de un paciente, primero descartamos los primeros 10 ml que sacamos en la primera jeringa, y después procedemos a obtener la muestra de sangre, para los hemocultivos, en otra nueva.
- Eliminar los residuos y material punzocortantes según los protocolos del centro sanitario, normas de seguridad y prevención de riesgos laborales.
- Las muestras se envían lo antes posible a laboratorio de Microbiología, donde analizarán los resultados. Sino se puede enviar en el momento de realizarlas, deben de mantenerse a temperatura ambiente hasta su traslado.

5 Discusión-Conclusión

La entrada de microorganismos en la sangre causa un gran aumento de enfermedades infecciosas y mayor probabilidad de muerte, en los pacientes hospitalizados.

La primera prueba a realizar en pacientes con sospecha de infección, es el hemocultivo. Su objetivo es la confirmación de contaminación en sangre por agentes patógenos; bacterias, hongos o virus.

El trabajo en equipo es básico en la UCI. Son profesionales formados específicamente para esta especialidad. El TCAE como parte del personal de enfermería, debe de estar también formado para conocer los protocolos de actuación, ante la extracción y manipulación de los hemocultivos. Evitamos así que se interpreten erróneamente o los contaminemos. Todos estos pasos deben realizarse con los procedimientos adaptados a la manipulación y esterilidad de las pruebas.

6 Bibliografía

1. Pardinás-Llergo MJ, Alarcón-Sotelo A, Ramírez-Angulo C, Rodríguez-Weber F, Díaz-Greene EJ. Probabilidad de éxito de obtener un hemocultivo positivo. Med. interna Méx. [revista en la Internet] 2012 Feb [citado 2021 Nov 03] ; 33(1): 28-40. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100028&lng=es
2. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/garantias-en-la-extraccion-de-los-hemocultivos/>

Capítulo 106

TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN URGENCIAS

JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO

SARA DOMÍNGUEZ MERINO

KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL

ALMUDENA DEL RÍO CORRAL

MIHAI MANZAT

1 Introducción

Se define "urgencia psiquiátrica" a aquella situación en la que la manifestación de psicopatologías puedan influir tanto de conducta o pensamiento y que son percibidas para el paciente como amenazantes.

Al paciente psiquiátrico también puede definírsele como: pacientes mentales, enfermos mentales, pacientes mentales crónicos, y sin que nos expliquen los autores que entienden por cada una de estas categorías.

Esta clase de pensamientos perturbadores tienen la exigencia de un abordaje terapéutico inmediato, ya que pueden suponer un peligro tanto para la familia, el entorno que lo rodea y el propio paciente.

En el ámbito hospitalario en ciertas ocasiones se pueden llegar a utilizar siempre bajo prescripción medica el uso de contenciones de cintura, cadera, manos y/o

pies. Ayudando así al entorno a la hora de tratarlo, medicarlo, explorarlo, ayudando a su vez a la tranquilidad del propio personal sanitario y a los posibles pacientes que puedan estar en las proximidades de él.

Algunos consejos a tener en cuenta en pacientes psiquiátricos pueden ser los siguientes entre otros muchos:

No se debe sobreproteger al paciente. Se debe darle a elegir más calidad que cantidad de tiempo, hay que controlar su nivel de estrés, hay que darle prioridad a sus relaciones familiares y sociales, y muy importante debemos hablarle fuerte si necesitamos que deje de hacer algo que presente o pueda presentar una amenaza para el o para los demás.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir cómo reconocer una urgencia psiquiátrica y adquirir las capacidades para afrontar dichas situaciones en el entorno de urgencias.

Objetivos secundarios:

- Detallar el procedimiento a seguir por parte del equipo de la salud ante un paciente psiquiátrico en la puerta de urgencias.
- Enumerar las principales urgencias psiquiátricas que se presentan en dicho 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El personal del servicio de urgencias debe de ser consciente de la total fragilidad tanto emocional como física de los pacientes con patologías psiquiátricas, por ello es necesario la realización exhaustiva de una muy buena valoración rápida y precisa para que nos ayude a determinar lo mas rápidamente posible el tipo de urgencia al que nos enfrentamos.

- Grado de la urgencia: urgente, preferente o no preferente.
- Seguridad del paciente en la sala de espera y la seguridad de los que lo rodean: ¿Hay riesgo de autolesión, de lesionar a otros?
- Nivel de orientación y colaboración.

Se debe realizar una exhausta evaluación del paciente que debe constar de:

- Historia clínica, para saber si hay o no antecedentes de enfermedades mental, antecedentes familiares, etc.

La rapidez en la actuación en estos casos nos obliga muchas veces a dejar en un segundo plano este tipo de búsqueda de información pues se esta abordando la "crisis de urgencia" pero cuando esta ya se haya medio resuelto seria indispensable disponer de historia clínica del paciente para realizar un buen plan terapéutico.

- Valoración: datos personales, motivo de consulta enfermedad actual.
- Entrevista.
- Evaluación física: temperatura, pulso, tensión arterial, glucemia.

Es necesaria identificar el tipo de urgencia psiquiátrica:

- Agitación psicomotriz.
- Crisis de ansiedad generalizada.
- Crisis de angustia o ataque de pánico.
- Riesgo de suicidio.
- Agresividad.

También es muy importante el dialogo con el paciente, no tratarlo con brusquedad para que así él no se vea atacado, intentar comprender el estado por el que esta pasando, también tener mucho cuidado con el entorno que lo rodea, que no haya nada al alcance con el cual si el se ve atacado no pueda coger ningún objeto con el que lesionar tanto al personal sanitario, personal de limpieza, seguridad o otros posibles pacientes que estén esperando a ser atendidos en urgencias. Si es necesario se llamará a las autoridades en función del grado en el que se encuentre.

5 Discusión-Conclusión

Las urgencias psiquiátricas necesitan una atención inminente dadas las consecuencias que pueden desencadenar al no ser tratadas de forma prioritaria y correctamente, es por ello que el personal de urgencias deberá estar preparado ante estas situaciones en las que participara con el resto del equipo para prestarle una atención multidisciplinar y así conseguir corregir a tiempo dicha urgencia.

El personal de enfermería y auxiliares en triaje deben valorar el nivel de la urgencia, a esto le añadimos el trabajo del personal de enfermería de área de urgencia asignada que tras la entrevista con el paciente y tras la valoración física de este se realizara una evaluación lo mas completa posible sobre la situación del paciente que transmitirá al medico correspondiente para resolver dicha urgencia. No debemos olvidar mantener un ambiente de seguridad y una comunicación fluida y adecuada para favorecer el correcto desenlace de los hechos.

6 Bibliografía

1. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. J. Vallejo.
2. Urgencias psiquiátricas. Hyman ,S.E, editorial Salvat 1989

Capítulo 107

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS DE SALUD

FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO

PATRICIA MEDINA FLORES

MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA

SANDRA ZAPATA ANGORA

PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO

1 Introducción

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, de esta manera como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

La Atención Primaria debería ser considerada como un factor determinante en el sistema sanitario dado el papel fundamental que posee sobre los indicadores del nivel de salud de la comunidad y por su gran importancia en cuanto a la curación y prevención de enfermedades y promoción de la salud.

La Atención Primaria debe ofrecer servicios según la necesidad, y dar respuesta a la mayoría de los problemas.

Los atributos básicos de la atención primaria, la accesibilidad, la coordinación, la integralidad, la longitudinalidad y la calidad de la prestación, son los que marcan su calidad y eficiencia.

2 Objetivos

Conocer las funciones que debe realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en Atención Primaria.

- Poner de manifiesto la importancia de los Técnicos en Cuidados Auxiliares en Enfermería en Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre las Funciones del TCAE en Atención Primaria. 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un eslabón más de la cadena que forma el equipo de personal sanitario y no sanitario del que se compone la Atención Primaria.

En cuanto a las funciones específicas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de Atención Primaria podemos mencionar las siguientes:

- Colaborar en pruebas diagnósticas, supervisados por el personal de enfermería.
- El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe participar en la elaboración del diagnóstico de salud de la zona, colaborando en tareas de planificación, organización y evaluación de los programas de salud.

- Otra de sus funciones consiste en contribuir con los proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se realicen en el Centro de Salud.
- Realizar las tareas relacionadas con la higiene, vestir o desvestir al paciente y ayudarlo siempre que sea preciso.
- Procesos de abastecimiento de medicación, de material fungible y de instrumental.
- Revisión y reposición de medicación, material fungible e instrumental de la sala de urgencias, sala de curas y consultas.
- Apoyar en las tareas que sean precisas al resto del personal sanitario, sobre todo trabajando codo con codo con enfermería.

Es importante por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tener empatía y un trato amable con el paciente, haciendo que se sienta cómodo, sobre todo si realizamos con él tareas de higiene o en las que se establece un contacto físico.

A su vez, es de vital importancia que el TCAE conozca el uso del material del carro de emergencias, y además una formación continua adecuada.

El Servicio de Atención Primaria, al igual que otros Servicios, está formado por equipos multidisciplinarios, en los que todo el personal sanitario debe implicarse por el bien de la salud de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de Atención Primaria nos referimos al primer nivel del sistema de salud, que se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Este sistema de atención tiene como principal objetivo atender a todas las personas en sus problemas de salud, así como también llevar adelante campañas preventivas y de rehabilitación.

Generalmente, el servicio de Atención Primaria está organizado en equipos de trabajo multidisciplinarios donde TCAE, Enfermeros y Médicos se complementan a fin de llevar a cabo sus tareas y funciones de prevención, curación y promoción de la salud.

Es necesario por parte del TCAE tener unos conocimientos para actuar ante cada tipo de emergencia: material, instrumental, medicación y todo lo que rodea una urgencia en el centro de salud.

Por lo tanto, el TCAE debe desarrollar sus funciones de forma coordinada con el resto de recursos humanos del Centro de Salud, para garantizar así, una mayor calidad asistencial del servicio.

6 Bibliografía

1. <https://www.aetesys.es/que-hace-la-técnico-en-Enfermería-en-atención-primaria/>.
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud.
3. <https://www.fp-santagema.es/funciones-los-auxiliares-Enfermería-loscentros-salud-públicos/>.
4. Declaración de Alma-Ata http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.

Capítulo 108

TÉCNICO DE CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA TOMA DE TENSIÓN EN HOSPITALES

FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO

PATRICIA MEDINA FLORES

MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA

SANDRA ZAPATA ANGORA

PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO

1 Introducción

Las constantes vitales son los parámetros que tiene el organismo del cuerpo humano para hacer ver que el estado de salud es bueno, los principales son la frecuencia cardíaca, también denominada pulso, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial y la temperatura, cualquier alteración que se desvíe del lo estipulado como normal, hace ver que una parte del organismo no está funcionando como debiera; concretamente este capítulo se centrará en la tensión arterial.

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo. El rango establecido como normal es por debajo de 140/90 siendo éste un límite ya rozando alguna patología, lo ideal es por debajo de 120/88; una tensión arterial por encima de estos valores se denomina hipertensión y muy por debajo hipotensión, cualquiera de

las situaciones debe alertar de que algo puede estar funcionando mal. Dolores de cabeza, palpitaciones, mareos son signos de que la tensión puede estar alterada; bien es cierto que según se avanza en edad sufre variaciones que pueden no ser por patología pero que necesitan tratamiento para evitar problemas cardiovasculares a corto o largo plazo. Por ejemplo un problema renal se manifiesta con un aumento de la tensión muy significativo.

2 Objetivos

Explicar el procedimiento de toma de tensión por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

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

4 Resultados

Condiciones del Paciente: Para medir correctamente la presión arterial, el paciente debe estar relajado, en un estado cómodo, y debe descansar por lo menos 10 minutos antes de tomarlo. También tenemos que estar en un ambiente tranquilo sin demasiadas molestias que te pongan nervioso y no lo reflejen con precisión.

Técnica de medición: Para medir correctamente la presión arterial, el cuidador debe asegurarse de que la ropa del paciente no presione contra el brazo, si esto ocurre, lo mejor es quitarla. Después elegir el brazo con más tensión y colocar el manguito en la posición correcta de forma que el límite inferior quede unos dos dedos por encima del pliegue entre el brazo y el antebrazo. Para asegurar resultados correctos, lo mejor es repetir este proceso nuevamente.

Resultados: Los números considerados normales son la presión arterial sistólica entre 100 y 140 mmHg y la presión arterial diastólica entre 60 y 90 mmHg. Así que podemos decir que a partir de una presión arterial de 140/90, la consideraríamos presión arterial alta y deberíamos consultar a un médico además de controlar sus niveles periódicamente.

La hipertensión arterial (HTA) sigue siendo una de las enfermedades cardiovasculares más comunes en todo el mundo, afecta principalmente a la población adulta y sus consecuencias son una causa importante de muerte y discapacidad. Se estima que la prevalencia de hipertensión arterial primaria en los países industrializados es de aproximadamente el 20% de la población general. Se ha demostrado claramente que la hipertensión arterial es un factor de riesgo importante para la enfermedad cardiovascular, especialmente la enfermedad coronaria y la insuficiencia cardíaca congestiva, y aumenta significativamente el riesgo de accidente cerebrovascular.

5 Discusión-Conclusión

La hipertensión puede ser una de las enfermedades letales cuya tasa de mortalidad ha crecido más en los últimos años.

En muchas ocasiones, su falta de sintomatología, dificulta su diagnóstico a pesar de su fácil detección, las dificultades que entraña un buen tratamiento al no haber un control adecuado, y la importancia que sobre la HTA tienen los hábitos de vida.

Se hace preciso promover un buen programa de prevención que disminuya el riesgo de padecerla. Además de la edad y el sexo, el sobrepeso, el tabaco, el alcohol, los excitantes, y la falta de actividad física, contribuyen directamente a elevar la presión arterial (PA), por lo que la recomendación de mantener hábitos de vida saludables se ha convertido en la piedra angular de los programas de prevención de la HTA.

6 Bibliografía

1. <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/2140-conclusion-seccion-hipertension-arterial-2008>.
2. <https://www.diagnosticomaipu.com/informaci%C3%B3n-para-la-salud/item/274-como-prevenir-la-presion-arterial-alta-o-hipertension.html>.
3. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

Capítulo 109

TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: LA SEDACIÓN PALIATIVA COMO CAPÍTULO FINAL DE VIDA

FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO

PATRICIA MEDINA FLORES

MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA

SANDRA ZAPATA ANGORA

PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO

1 Introducción

Como breve resumen definimos la sedación a aquel estado de calma o relajación que causan ciertos fármacos. Se puede usar la sedación para ayudar a suavizar la ansiedad durante los procedimientos médicos o quirúrgicos, o para ayudar a lidiar con ciertos acontecimientos que resultan muy estresantes. También pueden intercambiarse al mismo tiempo medicamentos que alivian el dolor existente.

La mitad de los pacientes terminales no reciben cuidados paliativos, esto significa que solo entre un 20 o 30% de dichos enfermos necesitan de una sedación cuando van a morir para estar en un estado aletargado y no sentir dolor, aunque desgraciadamente, no siempre se les ofrece. Por esto, en España, gran parte de la

población sigue sin tener acceso a la sedación y muchos sujetos terminan falleciendo con un enorme dolor y una gran agonía.

La sedación paliativa, cuando es oportuna, es un deber del médico y por supuesto, un derecho del paciente.

Hay que saber, que la diferencia entre sedación paliativa y la eutanasia es clara y viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado.

En la sedación lo que se busca es mermar el nivel de consciencia, con la menor dosis necesaria de fármacos, evitando así, que el paciente perciba el síntoma contrario. En la eutanasia, sin embargo, se busca deliberadamente la muerte anticipada mediante el suministro de medicamentos en dosis letales, concluyendo así con el sufrimiento del paciente.

2 Objetivos

Describir e indicar la utilización de sedación paliativa para enfermos en la última etapa de la vida por parte del equipo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, Google académico, Empendium, etc., utilizando palabras claves como sedación paliativa, eutanasia y fármacos. También se ha hecho una búsqueda sistemática en libros y consultado las principales bases de datos, seleccionando los principales artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para algunos enfermos, precisamente en la última etapa de su vida, la fuente del sufrimiento son síntomas muy pronunciados e imposibles de tratar. La sedación en cuidados paliativos es un procedimiento llamado de último recurso en casos de enfermedad crónica y progresiva en la etapa terminal, cuando el paciente especifica que el sufrimiento es insostenible, y a su vez cuando el personal sanitario ha acabado con todas las posibilidades terapéuticas disponibles para aplacarlo. En esos casos es un procedimiento éticamente aceptado, que consiste en inducir una sedación farmacológica deliberada, que reduce el nivel de consciencia o mantiene

la inconciencia. En la toma de decisión sobre la sedación paliativa es importante la intención para la eliminación o alivio del sufrimiento, imposible de conseguir de otra manera, y no acortar/quitar la vida al paciente. Por estos motivos tanto la sedación paliativa, como la eutanasia y el suicidio asistido tienen nada en común. En los enfermos terminales la estrategia terapéutica es paliativa, esto quiere decir que estamos hablando de dos conceptos y son sedación paliativa continua/intermitente; superficial/profunda; precisa consentimiento explícito, implícito o delegado) y sedación terminal (superficial/profunda; precisa consentimiento explícito, implícito o delegado; solicitado por 1/4 o 5 enfermos), en los que la administración de fármacos sedantes pretende conseguir el manejo de diversos problemas clínicos como, por ejemplo; ansiedad, disnea, insomnio, crisis de pánico, hemorragia, sedación previa a procedimientos dolorosos, etc.

Respecto a cuánto tiempo puede durar una persona sedada cabe destacar en primer lugar, que la sedación en sí no provoca la muerte del individuo, sino que la causa de esta será la enfermedad que tenga. Sin embargo, cuando se atribuye la sedación terminal es porque los médicos ya saben que no hay posibilidad de que el paciente pueda sobrevivir.

Debemos mencionar que los factores que afectan al tiempo que un paciente permanece sedado antes de morir son numerosos, como la fase en la que se encuentra la enfermedad o también influye el estado físico que presente en el momento de la sedación. Debido a estos factores la persona puede llegar a sobrevivir desde unas pocas horas, días o incluso semanas.

5 Discusión-Conclusión

La sedación paliativa es un procedimiento terapéutico marcado por el médico destinado para mitigar los síntomas opuestos que pueden surgir en el contexto del enfermo al final de la vida. Los motivos más frecuentes son delirio, dolor y disnea, en la mayoría de los casos los síntomas son concurrentes. Se deben cumplir los siguientes requisitos: síntoma refractario, enfermedad terminal y consentimiento, y en lo posible estar avalada por una segunda opinión médica. Diremos que es un artificio relativamente frecuente y constituye una buena práctica cuando está indicada. Se debe registrar siempre el proceso monitorizado y a su vez deberá archivar en la historia clínica; esto constituye la mejor garantía ética.

Por último, se debe estar atento y disponible para acompañar a la familia en el momento que necesite.

6 Bibliografía

1. <https://www.cancer.gov/>
2. <https://www.elconfidencial.com/>
3. <https://paliativossinfronteras.org/>
4. <https://empendium.com/>
5. <https://www.humanizar.es/>
6. <https://www.20minutos.es/>
7. <http://www.scielo.edu.uy>
7. <http://www.medicosypacientes.com/>

Capítulo 110

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES QUE TIENEN QUE SER INTERVENIDOS DE URGENCIAS

NATALIA ERUSTES LÓPEZ

EVA MENCÍA MORENO

MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

CRISTINA FLORINA GRAMA

1 Introducción

Entendemos por bloque quirúrgico al espacio donde se agrupan los quirófanos, con todos los equipamientos y las características que son necesarios para realizar todos los procedimientos que estén previstos. Podemos diferenciar dos áreas, los quirófanos y la REA, esta última es la unidad de recuperación postanestésica. En el área de quirófano, existe un equipo multidisciplinar compuesto por anestelistas, especialistas que van a realizar la intervención, enfermeros, TCAE, celadores...

Para garantizar un buen funcionamiento del quirófano, y de las intervenciones quirúrgicas, todos los miembros que componen este servicio deben de tener una determinada formación, donde aprendan a utilizar los métodos más eficaces para una correcta desinfección y esterilización, protocolos de seguridad que se deben de adaptar para que sea un entorno seguro.

En el proceso de las intervenciones quirúrgicas el papel que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy importante.

Cuando el paciente entra en el bloque quirúrgico el TCAE tendrá que preparar todo lo necesario para la realización de la intervención, teniendo en cuenta de que especialidad es, y deberá de preparar todo el instrumental necesario tanto específico como común.

El TCAE junto con el equipo de enfermería atenderán a los especialistas, para que puedan realizar la intervención con éxito.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de un quirófano
- Describir procedimientos en el quirófano de urgencias

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consistente en la búsqueda de artículos científicos-sanitarios, relacionados con el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el quirófano de urgencias.

Se han consultado las bases de datos más relevantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

4 Resultados

Las urgencias quirúrgicas consisten en las acciones que se desarrollan de manera manual e instrumental que se utilizan con el fin de curar, paliar o explorar, por medio de un procedimiento quirúrgico, cuando no existe otra vía de actuación. Podemos entender que las urgencias quirúrgicas son aquellas entidades que tienen que ser tratadas de la forma más temprana, y por lo tanto no pueden

esperar a la lista de quirófanos programados, puesto que puede poner en riesgo la vida del paciente.

Las consecuencias que tiene una intervención de urgencia son:

.El paciente tiene unas condiciones higiénicas deficientes, dependiendo de la gravedad, el paciente puede llegar incluso con ropa de calle y enseres personales al quirófano, y en la sala de reanimación se adecuará al paciente, para que entre al quirófano de la manera más higiénica posible.

.En la mayoría de casos el paciente no tiene el protocolo de ayuno, lo cual supone un riesgo para el mismo.

.El equipo de anestesia no posee un estudio médico personalizado del paciente, por lo que tiene que tomar las decisiones in situ.

Algunas de las funciones que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el quirófano son:

Junto con el equipo de enfermería, y después de haber preguntado a los especialistas el tipo de materiales que van a necesitar, preparan todo lo necesario.

Revisarán los aparatos que se encuentran dentro del quirófano así como el aspirador, bisturí eléctrico, aparato de isquemia, torre de endoscopia, microscopio...

Comprobación de la toma de tierra de la mesa quirúrgica.

Cajas de instrumental específico, catéter, drenajes, gasas, sueros, seda, grapadoras, clorexidina...

Abrir las cajas de instrumental de manera estéril, es decir tocamos solo lo de fuera para no contaminar.

Pegaremos la placa del bisturí al paciente.

Después de que los profesionales que van a realizar la intervención se hayan realizado el lavado de manos, ayudaremos a la colocación de las batas estériles.

Identificación de todos los materiales obtenidos en la intervención, así como las muestras que se deberán de mandar a anatomía patológica.

5 Discusión-Conclusión

En el presente trabajo de investigación hemos podido observar algunas de las labores que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las intervenciones en el quirófano de urgencias. Existen muchas más, por ejemplo, después de realizar la intervención será el encargado de lavar, y esterilizar el material que se ha utilizado, comprobando que no falta nada.

Una vez que la intervención a finalizado, también revisará todos los aparatos, limpiando los cables y dejando todo lo más limpio posible, para la próxima inter-

vención.

El TCAE, sirve de apoyo para todo el equipo multidisciplinar que conforma el quirófano, y deberá de ayudar y asistir a los mismos durante el procedimiento.

6 Bibliografía

La importancia de los equipos quirúrgicos en quirófano. el TCAE quirófano urgencias [Internet]. Blog de Uniteco. 2021 [citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.unitecoprofesional.es/blog/importancia-equipos - quirurgicos-quiroyfano/](https://www.unitecoprofesional.es/blog/importancia-equipos-quirurgicos-quiroyfano/)

Funciones del personal TCAE en quirófano: Reposición [Internet]. Daeformacion.[citado el 8 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://daeformacion.com/funciones-tcae-quiroyfano-reposicion/>

Capítulo 111

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILAIRES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO ESPECIAL DE CUIDADOS INTENSIVOS

NATALIA ERUSTES LÓPEZ

EVA MENCÍA MORENO

MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

CRISTINA FLORINA GRAMA

1 Introducción

Entendemos por medicina intensivista al conjunto de conocimientos y de recursos humanos que se utilizan para atender a un paciente de manera continua. En el momento que un paciente es ingresado en la unidad de cuidados intensivos, está las 24 horas del día vigilado y monitorizado, el equipo que atiende a estos pacientes es un equipo preparado y especializado, deben de estar formados ante cualquier emergencia que pueda surgir.

La función que realizan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), es ayudar a que el paciente se encuentre en unas condiciones óptimas, y apoyar al equipo de enfermería a realizar los tratamientos y curas que debe de realizar.

Todos los pacientes que demandan este servicio es porque su vida está comprometida, y su estado de salud es grave, y por lo tanto requiere de unos cuidados especiales.

Algunos hospitales han habilitado el área de cuidados intensivos para algunas especialidades médicas en concreto, como por ejemplo:

- Cuidados intensivos para los pacientes cardiológicos o unidad coronaria
- Unidad postoperatoria de cirugía cardíaca
- Unidad especial de Trasplante de órganos
- Cuidados intensivos para pacientes psiquiátricos
- Unidades pediátricas y de neonatos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es el encargado de cuidar y asistir las necesidades fisiológicas o las actividades de la vida diaria de aquellos pacientes que lo precisen.

2 Objetivos

- Identificar y conocer cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad especial de cuidados intensivos (UCI)

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha realizado una revisión bibliográfica consistente en artículos científico-sanitario, relacionados con el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del servicio especial de Unidad de cuidados intensivos.

4 Resultados

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se encuentra dividida en diferentes áreas diferenciadas:

.Módulos generales: En este módulo podemos observar un número de camas y cada una de ellas se encuentra equipada con los dispositivos necesarios para la monitorización de un paciente, atendiendo todo tipo de patologías que necesiten soporte vital básico.

.Módulos postoperatorios: En este se ubican los pacientes que requieren de cuidados postoperatorios de intervenciones quirúrgicas complejas, que requieran una atención especializada y meticulosa.

.Módulo de coronarias: En este módulo se atenderán las patologías de carácter cardíaco, tanto agudas como crónicas.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

- Se encargará de la realización de la cama, proporcionando al paciente lo que precise en cada momento, se encargará de revisar y reponer los boxes.
- Realizará las camas, proporcionando ropa limpia cada día, y estirando bien las mismas para evitar arrugas.
- Repartir y distribuir la comida, y daremos de comer a los pacientes que no puedan por si mismos. colaboremos con el equipo de enfermería en la administración de medicación
- Participa en el aseo del paciente, es importante mantener la piel en buen estado para evitar úlceras por presión, ya que este tipo de pacientes tienen más riesgo de sufrirlas.
- Todas las mañanas realizaremos el aseo al paciente, junto con el equipo de enfermería, teniendo cuidado con los equipos que tiene para asistirle, como ventilación mecánica, vía central, intubación...
- El TCAE será el encargado de preparar todo el material que se va a necesitar para realizar el aseo.

Los ojos y la cara se lavarán sin jabón y con agua templada, desde dentro hacia afuera, y una gasa para cada ojo, se le administrará carbómero, que es un medicamento que sirve para la hidratación de los ojos para los pacientes que llevan mucho tiempo sedados.

El aseo se realizará en el mismo orden que cualquier paciente, pero teniendo en cuenta que este paciente es mucho más delicado y tenemos que tener cuidado en todo el aparataje que tiene conectado.

En el caso de que se encuentre intubado, la persona que movilice la cabeza será la encargada de dar las órdenes para movilizar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería forma parte de un equipo multidisciplinar dentro del servicio especial de cuidados intensivos (UCI). Como hemos podido observar, el papel que desarrolla es imprescindible, ya que se necesita de esta figura para el correcto funcionamiento del mismo.

El TCAE, pondrá especial atención con este tipo de pacientes ya que necesitan de cuidados especiales, vigilará que todo el aparataje se encuentra conectado correctamente, y a la hora de realizar el aseo, el técnico prestará especial atención examinando su piel, para comprobar que esta en perfectas condiciones, y en el

caso de encontrar algún pequeño roce o ulcera se pondrá en conocimiento de enfermería y del equipo médico para tomar medidas lo antes posible, ya que este tipo de pacientes son muy delicados.

6 Bibliografía

<https://www.fp-santagama.es/funciones-del-auxiliar-de-Enfermería-en-la-uci/>
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-basicos-Enfermería-pacientes-unidades-cuidados-intensivos/>
<https://enfermeriabuenosaires.com/uti-descripcion-completa/>

Capítulo 112

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON EPILEPSIA

NATALIA ERUSTES LÓPEZ

EVA MENCÍA MORENO

MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

CRISTINA FLORINA GRAMA

1 Introducción

En la antigüedad la epilepsia se consideraba un castigo de dios, o una maldición. La palabra epilepsia procede del griego, y significa coger por sorpresa. Fueron los griegos los primeros que la incluyeron entre las enfermedades físicas, más concretamente Hipócrates, que es conocido como el padre de la medicina moderna. Hipócrates describió la epilepsia, y dijo que no era más sagrada que cualquier otra enfermedad, si no que su origen es natural y el órgano afectado en este caso es el cerebro.

A finales del siglo XIX, el neurólogo inglés John Hughlings Jackson, realizó las primeras contribuciones a la comprensión y diagnóstico sobre la enfermedad de epilepsia en todas sus variaciones y formas. Definió la organización evolutiva del sistema nervioso y propuso tres niveles:

1. Nivel inferior: En este nivel los movimientos representan su forma menos compleja

2. Nivel medio: Este nivel consistirá en la llamada del área motora de la corteza y los niveles superiores se localizan en el área prefrontal.

3. Nivel superior: En este nivel se inhibirán a los inferiores, y en el caso de sufrir daños, provocaría síntomas negativos.

Los síntomas positivos se manifiestan por liberación funcional de los centros inferiores, que o se ven inhibidos por los superiores.

Durante la década de los 80, la distinción entre síntomas positivos y negativos se puso de moda al aplicarse a la sintomatología de la esquizofrenia.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo de investigación, conocer la enfermedad de la epilepsia, así como sus orígenes, signos y síntomas más importantes.

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 enfermedad de Epilepsia esta clasificada por su origen neurológico, pudiendo afectar a personas de diferente sexo, raza, edad... Es un trastorno que afecta principalmente al cerebro, y más concretamente a las neuronas, que son las células que componen el sistema nervioso, y estas a veces transmiten las señales de forma anormal. Las neuronas producen impulsos nerviosos, para mandar información a otras neuronas o a otros músculos y así producir sentimientos, pensamientos y acciones.

La epilepsia causa una alteración de la actividad normal de nuestra red neuronal, y puede producir sensaciones y emociones raras, desmayos o espasmos en la musculatura.

Algunos síntomas que manifiestan las personas con epilepsia son:

- Confusión temporal
- Episodios de ausencias
- Rigidez muscular
- Movimientos de manera espasmódica que son incontrolables tanto de brazos como de piernas.
- Pérdida de consciencia o conocimiento
- Síntomas psicológicos, como ansiedad o miedo

Tanto en los pacientes que tienen diagnosticada esta enfermedad, como los que la inician, es capaz de comenzar de manera repentina, en cualquier situación, pudiendo manifestarse como un periodo breve de tiempo, o por lo contrario con una duración más prolongada.

Por estos motivos, los profesionales sanitarios deben de estar familiarizados con la enfermedad y con las medidas que deberán de llevar a cabo ante una crisis epiléptica que curse con convulsiones, ya que una mala actuación puede tener problemas graves.

Generalmente las crisis epilépticas suelen ser parciales, no suelen manifestarse con gran intensidad, el paciente no suele tener asociado la pérdida de consciencia, y fuera del hospital pasarían totalmente desapercibidas, pero en el caso de encontrarnos a un paciente que sufre un ataque epiléptico, deberemos de valorar y controlar algunos determinados aspectos:

1. Durabilidad de la crisis epiléptica
2. Características de como ha sido la crisis
3. Comprobación del nivel de consciencia una vez transcurrida la crisis, realizándole preguntas sencillas como por ejemplo, el abecedario
4. Controlar la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardiaca
5. Valorar coloración de piel y mucosas.

Es importante fijarse en como el paciente manifiesta su crisis antes, durante y después, y fijarnos en ciertos aspectos para determinar si se trata de una crisis simple o compleja, y así poder determinar una posible evolución.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tenga ciertas nociones sobre la enfermedad de la epilepsia ya que la incidencia de nuevos casos cada año en España se dispara a una cifra de entre 12.400 y 22.000 casos. Siendo la incidencia superior en niños de entre 6 y 14 años.

Por eso debemos de saber cuál es el método de actuación más recomendable, para evitar que el paciente pueda hacerse daño durante la crisis, o tener en cuenta todos los síntomas que manifiesta durante esta para poder determinar de que tipo de crisis se trata.

Podemos describir una crisis epiléptica a la aparición de una excesiva actividad eléctrica en un determinado grupo de neuronas. Se han descrito hasta el momento más de 30 tipos de crisis, aunque se dividen en dos categorías: crisis focales y crisis generalizadas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 113

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ

SANDRA ZARZALEJO LLORENTE

SANDRA BUENDIA GÓMEZ

TANYA ANGELOVA KARTSELSKA

BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1987 convoca la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata donde se aprueba La Declaración de Alma-Ata, definiéndola como: “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. Podemos incluso definir Atención primaria de manera literal: “la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”.

En el siglo actual la atención primaria de salud tiene que ser concebida como una forma de práctica sanitaria capaz de proveer servicios de alta complejidad y calidad, con una base a nivel general y multiprofesional, para poder compaginar la centralidad del paciente con su localización comunitaria ubicado en un marco de continuidad y con una función de unión y relación entre todos los dispositivos asistenciales con los cuales el paciente va a estar en contacto o ya está.

Podemos decir que es un lugar donde se llevan a cabo algunas prácticas relacionadas con la salud, pero al mismo tiempo también es una forma de concebir la salud, organizar los recursos, relacionarse con el entorno y desempeñar una práctica sanitaria a lo largo del tiempo.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que debe realizar el técnico en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE) en atención primaria.
- Redactar la importancia de la atención y los recursos de Atención primaria.

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: TCAE, atención primaria, recursos asistenciales comunitarios

4 Resultados

Después de revisar la bibliografía pertinente, afirmamos que los técnicos auxiliares de Enfermería en atención primaria se encargarán de:

1. Abastecer de medicamentos, de material fungible y del instrumenta, es decir que realizarán las acciones de:
 - Revisión de las existencias.
 - Realizar pedidos y también de material especial.
 - Organizar los pedidos recibidos.

2. Revisar y colocar todos esos medicamentos, ese material fungible y ese instrumental que se necesitan, llegando a realizar las siguientes acciones:

- Colocar la medicación y el material fungible.
- Organizar los carros de material de la sala de urgencias colocando el material necesario.
- Colaborar en la revisión periódica del carro de urgencias.

3. Recepcionar, controlar la temperatura y colocar en las neveras aquellos medicamentos que necesiten estar conservados en frío.

4. Mantener los aparatos en su nivel óptimo.

5. Desinfectar y esterilizar el material y el instrumental sanitario que se ha utilizado para mantenerlo adecuado para la próxima vez.

6. Mantener la funcionalidad de la lavandería.

7. Generar un proceso correcto en la gestión de los residuos.

8. Participar en el proceso de análisis clínicos dentro del equipo interdisciplinar o multidisciplinar.

9. Colaborar en todos los procesos asistenciales que requiera el paciente en ese momento y durante su estancia.

10. Apoyar, en el caso de la consulta de odontología, en la instrumentalización de los equipos de salud bucodental (fluoraciones, sellados, exodoncias) y en el caso de consultas de matrona apoyar en la atención adecuada de la mujer.

11. Colaborar en todas las actividades de prevención y promoción de la salud desde la gestión de atención primaria.

12. Participar en aquellas actividades que se organicen por los equipos de los centros de salud y así contribuir a una mejora en la cartera de servicios.

13. Participar en todas las actividades formativas del centro de salud (sesiones docentes, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos afirmar que la figura del técnico en cuidados auxiliares de Enfermería en el servicio de atención primaria es fundamental ya que su

trabajo complementa las tareas del resto de personal del servicio además de dar apoyo en los momentos más críticos al personal médico y de Enfermería. De ahí deriva el tener en cuenta la empatía y respeto hacia la situación de cada paciente, por desconocimiento del problema de salud que puede tener y la situación personal que puede estar pasando cada persona en el momento que entra por la puerta de ya bien sea un centro de atención primaria o un centro hospitalario.

6 Bibliografía

- <https://www.aetesys.es/que-hace-la-tecnico-en-Enfermería-en-atencion-primaria/>
- https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud
- <https://www.fp-santagema.es/funciones-los-auxiliares-Enfermería-los-centros-salud-publicos/>

Capítulo 114

ALCOHOL Y MENORES DE EDAD

PAULA SALILLAS

1 Introducción

En química, los alcoholes (del árabe alcohol, o ghoul gul, "ling", "cualquier sustancia fundamental", "líquido destilado") se denominan compuestos químicos. Química orgánica que tiene un grupo hidroxilo (-OH) reemplazado por un átomo de hidrógeno, un alcano, unido covalentemente a un átomo de carbono, el grupo carbinol (C-OH). Además, este carbono debe estar saturado, es decir, debe tener solo enlaces simples con ciertos átomos (átomos adyacentes). Esto distingue los alcoholes y los fenoles.

La edad mínima legal para beber o la edad legal para beber es la edad mínima a la que una persona puede beber y/o consumir bebidas alcohólicas legalmente. En muchas partes o lugares del mundo se llega al acuerdo con la mayoría de edad (18 años); Por ejemplo, hay países o regiones donde la compra o consumo de alcohol está más restringida.

La edad mínima legal para consumir alcohol puede ser diferente que en otros países o lugares del mundo. Las leyes cambian o varían dependiendo el tipo de país en el que se encuentre y de las normas o leyes que cada uno tenga impuesto. Cada país tiene sus normas o leyes y no en todos los países las normas son iguales o se exigen las mismas cosas.

2 Objetivos

Exponer información acerca del alcohol y su consumo en menores de edad.

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

Gran parte de las leyes, solo son aplicables al consumo de alcohol en lugares públicos, en algunos casos el consumo de alcohol en hogares no está controlado, a excepción del Reino Unido. Son vigilados en lugares privados, pero en algunos países, los límites de edad para consumir alcohol pueden ser diferentes en función de como sean o estén impuestas las leyes en ese país.

La razón o el motivo más famoso por la que la ley indica la edad legal mínima para el consumo de alcohol, a diferencia de otras bebidas, como refrescos o gaseosas que no es necesario un límite de edad para consumir este tipo de bebidas. Es peligroso o perjudicial para la salud en niños menores de edad, porque su cerebro todavía está en proceso de desarrollo y el consumo de esta sustancia como lo es el alcohol puede afectar de forma o de manera negativa en el pensamiento y en la memoria a largo plazo.

También puede causar insuficiencia hepática y provocar un desequilibrio hormonal en los adolescentes por los cambios hormonales que ocurren o tienen lugar durante la pubertad o adolescencia. Los jóvenes tienen más posibilidades o corren más el riesgo a la hora de consumir alcohol.

También el abuso del alcohol puede desencadenar enfermedades o una adicción como el alcoholismo, por eso debe de controlarse la cantidad de ingesta de este tipo de sustancias y también la frecuencia con la que consumimos alcohol a la semana o al mes.

Cada país posee unas normas o leyes diferentes, por lo que en todos los países, la ley de la ingesta de alcohol no va a ser igual, y en algunos países se va tener derecho al consumo de alcohol los jóvenes mientras que en otros no.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad o hoy en día, muchas personas padecen enfermedades o trastornos a causa de la gran cantidad de alcohol que llegan a ingerir, en muchos de ellos causando una adicción que los lleva al alcoholismo donde no tienen escapatoria o no saben salir de ese problema y necesitan ayuda de un profesional sanitario como el psicólogo o psiquiatra para lograr desintoxicarse y volver a tener o a llevar un estilo de vida saludable pudiendo realizar con normalidad las labores cotidianas de cada día y también conseguir el bienestar físico, social, emocional y mental, que son muy importantes para nuestro día a día.

6 Bibliografía

Unión Internacional de Química Pura y Aplicada. «Alcohols». Compendium of Chemical Terminology. Versión en línea (en inglés).

Figuro, E; Carretero, M; Cerero, R; Esparza, G; Moreno, L (2004). «Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral». Medicina y Patología Oral 9. p. 14. ISSN 1137-2834.

Modanlou, HD (noviembre de 2008). «A tribute to Zakariya Razi (865 - 925 AD), an Iranian pioneer scholar». Archives of Iranian medicine (en inglés) 11 (6). Teherán: Academy of Medical Sciences of Iranian Medicine. pp. 673-677. ISSN 1029-2977. OCLC 269410950. PMID 18976043.

Capítulo 115

VALORACIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CRISTINA CIDON GUTIERREZ

CARMEN SUSANA GARCÍA LOREDO

1 Introducción

En la actualidad, las úlceras por presión (UPP) suponen un gran problema de salud, tanto por su prevalencia como por sus repercusiones . Deterioran el estado de salud de las personas que las padecen e influyen de forma importante en su calidad de vida, afectando también de forma considerable a sus familias y cuidadores.

En los pacientes hospitalizados, la existencia o no de UPP , se considera un indicador de la asistencia proporcionada por el personal de enfermería, lo que implica que, una correcta puesta en práctica de la asistencia, dará un reducido número de pacientes que desarrollen úlceras.

Gran parte de las úlceras por presión , pueden evitarse, por ello es esencial un trabajo coordinado de todo el personal sanitario para poner en práctica , medidas preventivas, que sean verdaderamente eficientes.

El equipo de enfermería, incluyendo al TCAE cuya función es colaborar con el enfermo/a, tienen un papel esencial en el tratamiento preventivo de las UPP. Debido a que padecer úlceras por presión implica en gran parte de casos, una prolongación de la estancia hospitalaria, un deterioro de la calidad de vida del paciente, un incremento de complicaciones en las patologías previas, un empeoramiento del pronóstico del paciente y una subida del gasto sanitario.

Las úlceras por presión (UPP) son una lesión de tipo isquémico que se localiza en la piel y en el tejido subyacente y se da mayoritariamente en una prominencia ósea, resultado de una presión prolongada o de la fricción entre dos planos duros. El propósito fundamental del equipo de enfermería en el abordaje de las UPP son las medidas preventivas que elaborarán un plan de cuidados integral, el cual se llevará a cabo de manera coordinada entre el personal de enfermería, el paciente y la familia del paciente. Dentro de las medidas preventivas se incluyen: los cuidados de la piel, el control de la movilidad y el ejercicio, el estado nutricional, el control de la incontinencia y la protección de las zonas de riesgo.

2 Objetivos

-Intervenir en el abordaje de las úlceras por presión, mediante la valoración y la prevención del riesgo de la persona de padecer úlcera de presión.

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 prevención de las UPP representa a día de hoy uno de los objetivos fundamentales, convirtiéndose en uno de los parámetros indicativos de calidad asistencial. Uno de los procedimientos más importantes para tener en cuenta en el abordaje de las úlceras por presión es la prevención, en donde el equipo de enfermería ejerce un papel fundamental en la actuación frente a las UPP en tres momentos claves:

- En la valoración del riesgo de la persona a sufrir UPP
- En las medidas de prevención
- Y en el abordaje terapéutico

VALORACIÓN DEL RIESGO

La valoración del riesgo dependerá de la realidad de cada paciente y se puede definir como la facilidad que éste tendrá de padecer una UPP en situaciones determinadas. Se debe llevar a cabo antes que se produzca la úlcera con la finalidad de evitar el desarrollo de ésta, según la zona anatómica.

Para valorar el riesgo de sufrir una úlcera por presión, el equipo de enfermería deberá hacer una valoración inicial donde deberá observar e inspeccionar el estado de la piel, teniendo en cuenta los diferentes aspectos:

- Sequedad de la piel –
- Piel macerada, frágil o con zonas más endurecidas
- Temperatura de la piel
- Coloración de la piel
- Picores, eritemas, edemas

Por otro lado, se deberán valorar con mucha atención las prominencias óseas debido a que son zonas que están sometidas a una presión más prolongada.

A continuación, se evaluará el riesgo que tiene el paciente de sufrir UPP, mediante el uso de escalas (Escala de Braden) las cuales proporcionan una evaluación más objetiva, cuantitativa y en donde se tienen en cuenta las variables relacionadas con los factores de predisposición del paciente. Se ponen en práctica, en el primer contacto del paciente a su ingreso y evaluándose regularmente, en particular si las circunstancias del paciente cambian.

PREVENCIÓN

Las medidas preventivas es uno de los objetivos principales del equipo de enfermería en el abordaje de las úlceras por presión ya que permiten establecer un plan de cuidados integral que se deberá llevar a cabo de manera coordinada entre el personal sanitario, el paciente y la familia del paciente.

Las medidas preventivas comprenden:

- los cuidados de la piel
- el control de la movilidad y el ejercicio
- el estado nutricional
- el control de la incontinencia

Medidas preventivas desempeñadas por el tcae :

1.Cuidados de la piel

El tcae como encargado de la higiene del paciente deberá vigilar minuciosamente el estado de la piel, de las mucosas y controlar la aparición de cualquier signo

precoz, sobre todo en los puntos de apoyo o prominencias óseas. Se deberá extremar aún más las precauciones en pacientes de riesgo elevado, observando con atención las zonas expuestas a posibles excesos de humedad (especialmente en personas con incontinencia, con sudoración abundante o con drenajes).

2. Control de movilidad y ejercicio

- Prevenir la fricción siempre que se pueda, durante las movilizaciones o con posibles arrugas en la ropa de cama.
- Evitar el roce de las prominencias entre sí, colocando cojines, mantas o cualquier elemento que pueda evitarlo.
- Realizar cambios posturales cada 2/3 horas para conseguir disminuir los puntos de presión, en pacientes encamados y más frecuentemente en pacientes de sillas de ruedas
- Fomentar la movilidad del paciente, con ejercicios y movimientos activos para que puedan realizar frecuentemente a lo largo del día. En el caso que el paciente no pueda realizar el movimiento por sí mismo, se realizarán movilizaciones pasivas de sus articulaciones.
- Proteger las zonas más vulnerables a presión continuada, utilizando objetos especiales creados con material acolchado para aliviar la presión de la zona. Estos dispositivos especiales son conocidos con el nombre de SEMP (superficies especiales de apoyo).

3. Estado nutricional

- Proporcionar al paciente una dieta adecuada a su edad y necesidades, para ello es esencial un aporte calórico según las características del paciente y una distribución equilibrada de los nutrientes.
- Adaptar la dieta a cada paciente: a sus gustos, creencias, texturas... Se controlará el estado nutricional del paciente a través de analíticas y valores bioquímicos y de sus medidas antropométricas (el IMC: índice de masa corporal).
- Se deberán ingerir 2l al día, si la ingesta de agua es dificultosa se puede sustituir en parte por zumos, caldos, infusiones o gelatinas.
- Recurrir al uso de suplementos, cuando la dieta no cubra las necesidades básicas y existan posibles carencias.

4. Incontinencia

El problema de la incontinencia es el aumento y acumulación de la humedad en la zona genital y sacra.

Por ello se debe controlar la ello, la acumulación de la humedad con diferentes actuaciones:

- Uso de pañal: cambiar el pañal cada vez que orine o defeque para evitar exceso de humedad, realizar en aseo genital cuando se haga el cambio de pañal, así como

la hidratación de la zona.

-Colocación de sonda vesical /uro colector: Para evitar la aparición de úlceras por exceso de humedad cuando se dan pérdidas involuntarias de orina.

-Reeducación de esfínteres: Si la situación y las características del paciente lo permiten se pueden enseñar ejercicios de reeducación de esfínter. Son los ejercicios de Kegel que tienen la finalidad de reforzar la musculatura del suelo pélvico para mejorar la incontinencia urinaria.

En todas estas medidas preventivas es muy importante la explicación de cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo al paciente y a su familia, así como su implicación en el proceso. Se animará a colaborar, siempre que sea posible, al propio paciente para que puede movilizarse o realizar pequeños cambios posturales. La implicación del paciente y la familia en las medidas preventivas ayudarán a la continuidad de los cuidados en el domicilio

5 Discusión-Conclusión

Las UPP (úlceras por presión) son un problema económico social, muy importante, al mismo tiempo que , complica el estado del paciente, incrementa el gasto económico que requiere su intervención. A pesar de la alta prevalencia de UPP, el 95% de ellas son prevenibles. Por esta razón, la prevención de estas lesiones debe ser un cuidado prioritario en el tratamiento de pacientes inmovilizados. El personal de enfermería, como personal cualificado, es el responsable de la valoración diaria del estado general del paciente (su estado general, piel, movilidad, nutrición...) y de su evolución a través de los registros de enfermería. Por tanto, debe poseer los conocimientos y habilidades necesarias sobre los aspectos referentes a la prevención de las UPP (piel, factores de riesgo predisponentes, etiología y fisiopatología de las úlceras, etc) para poder así elegir el tratamiento de enfermería y las medidas de prevención que resulten más eficiente.

6 Bibliografía

1. Aranton Arecosa I, Bermejo Martínez M, Manzanero López E, Salvador Moran MJ, Segovia Gómez E, Úlceras por presión Prevención y tratamiento. Madrid: mayo 2010.
2. Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).
3. Bautista Montaña I.E., Bocanegra Vargas L.A. (2009). Prevalencia y factores asociados de las UPP en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina.

Capítulo 116

ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

CRISTINA CIDON GUTIERREZ

CARMEN SUSANA GARCÍA LOREDO

1 Introducción

Los cuidados paliativos son un aspecto fundamental en la atención orientada a mejorar la calidad de vida de las pacientes y sus familias , los cuales deben afrontar los problemas inherentes a una enfermedad terminal.

Evitan y reducen el sufrimiento por medio de la detección temprana y una correcta evaluación al tratamiento del dolor integrando la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.

La sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) determina que los cuidados paliativos son un tipo especial de cuidados elaborados con el objetivo de proporcionar bienestar o confort y soporte emocional tanto para los pacientes como a sus familias, puesto que se encuentran reconocidos en el marco de los derechos a la salud. De tal modo que los últimos días de vida puedan discurrir con dignidad en su casa o en un lugar lo más parecido posible y rodeados de la gente que quieren , siendo libres del dolor y con los síntomas bajo control.

La enfermedad terminal se define como la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en la cual la falta de probabilidad de respuesta al

tratamiento específico y la presencia de síntomas en ascenso , empeora la enfermedad, trae consigo unas series de situaciones como el impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico. La familia del paciente trabajará como miembro del equipo de cuidados paliativos, a la cual se deberá ofrecer formación y apoyo debido al agotamiento emocional que implica tener que cuidar a una paciente paliativos.

2 Objetivos

- Ofrecer sistemas de apoyo del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería con el fin de que su vida sea lo más activa posible .
- Alcanzar una buena comunicación con el enfermo terminal.

3 Metodología

Para el desarrollo de 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 ha consultado artículos en las principales bases de datos: O cronos, Medline y Scielo, Fundación Fude seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La unidad de cuidados paliativos proporciona soporte y bienestar a los pacientes que padecen una enfermedad terminal. El objetivo de todo proceso asistencial es el bienestar del paciente, proporcionándole una atención integral e individualizada considerando sus necesidades a todos los niveles físicos, emocionales y espirituales.

Por este motivo la función del tcae en la unidad de cuidados paliativos ejerce un papel fundamental, prestando el apoyo para disminuir el sufrimiento del paciente y el de sus familiares, colaborando a preservar su autonomía, la dignidad y su capacidad de decisión, haciéndole participe activamente en la toma de decisiones durante todo el proceso asistencial.

El tcae dedicará mucho tiempo atendiendo al paciente terminal y no sólo deberá interesarse y hacer frente a sus necesidades fisiológicas , sino que también establecerá la escucha activa, la empatía y la comunicación apropiada, lo que potenciaría la confianza del paciente con el equipo de enfermería e incluso de su

familia puesto que es una parte fundamental en todo este proceso.

Con este fin los cuidados físicos de confort realizados por el tcae serán realizadas cuidadosamente y sin prisas, ayudándole en todo aquello que él no pueda hacer , en concreto, proporcionarle autonomía y no implicarse más allá de donde él no llegue.

Son cuidados físicos de confort:

- El cuidado de la higiene , deberá mantener la integridad de la piel , evitando el exceso de secreciones y excreciones, impedir las infecciones, estimular la circulación sanguínea con la ayuda de masajes, cuidar el cabello , las uñas, la higiene bucal realizando un examen de manera rutinaria al menos dos veces por semana
- La alimentación se adaptará a las necesidades del paciente, debido a que, en la mayoría de los casos , las ganas de comer disminuyen. La comida se servirá en platos pequeños , de poca cantidad , con una temperatura adecuada, poco condimentada y de fácil deglución. Ofrecer bebidas frecuentemente.
- Actividad física : motivarle a realizar ejercicio físico, ya que por mínima que sea la actividad , va a ayudarlo a despejar los pensamientos negativos , disminuir el estrés y el insomnio, ya que son muy frecuentes las irregularidades en el patrón del sueño .
- En el reposo y sueño , deberá ayudarlo a crear un entorno lo más relajado posible , la medicación debe administrarse de forma correcta y colocarlo en posturas cómodas , revisar la cama para que se encuentre en perfectas condiciones, darle masajes si es necesario para relajarlo.

Del mismo modo es fundamental atender y dar respuesta a las necesidades psicológicas del paciente.

Por ello es responsabilidad del tcae

- Mantener una comunicación sincera, transparente y calmada.
- Saber escuchar manteniendo una buena actitud , disponibilidad y tiempo,
- Mostrar empatía para comprender , aceptar y compartir su sentimiento, lo que facilitará el dialogo y creará una relación basada en la confianza , ofreciéndole la oportunidad de expresar sus sentimientos y emociones.
- Usar un lenguaje apropiado , claro , llano y de fácil comprensión.
- Flexibilidad en el trato , el cual debe ser personalizado y cálido , adaptándose a cada caso particular , atendiendo a sus necesidades con afecto y comprensión (cogerle de la mano, darle un abrazo)
- Apoyar y colaborar respetando sus creencias y valores.

5 Discusión-Conclusión

Dentro del equipo de la unidad de cuidados paliativos, el tcae desempeña una función esencial, por ello deberá trabajar en conjunto con todo el equipo multidisciplinar , en el acompañamiento durante todo el proceso de enfermedad, muerte y duelo al paciente y familia.

Su objetivo primordial es proporcionar apoyo al paciente y brindar sus cuidados de manera integral, tanto físico, como psicológico de manera que éste se sienta protegido, calmado y comprendido, colaborando en llevar adelante el proceso de adaptación con la enfermedad , con el objetivo de que vivan en plenitud sus últimos meses o días de vida y estén preparados para su muerte .

6 Bibliografía

1. www.aecc.es
2. www.cgtsanidadlpa.org
3. www.cuidarypaliar.es

Capítulo 117

CONTENCIÓN MECÁNICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR

LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO

ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO

MARTA MARTÍNEZ MOLERO

CARMEN MEGÍA PRIETO

1 Introducción

El paciente que generalmente precisa una contención mecánica suele ser por una inestabilidad en su patología, bien por no tomar la medicación correctamente o por que la medicación no es la que está necesitando.

La psiquiatría es para pacientes con trastornos mentales graves como esquizofrenia, trastorno bipolar, histeria, trastornos de personalidad, etc. Cuando ingresaron a la unidad se encontraban en fase aguda, lo que podría deberse a algunos factores de riesgo, como la no medicación o la tolerancia a la medicación, que requirieron más dosis. También puede ser que el paciente se encuentre bajo estrés actual, provocando que su comportamiento sea inestable.

Muchas veces, los pacientes se dan cuenta de esto y acuden a la sala de hospitalización más cercana para inscribirse en el ingreso voluntario. Pero en el caso de un estado inestable por incumplimiento o medicación, el paciente no reconoce su situación, puede tener delirios, o incluso alucinaciones auditivas, y así volverse agresivo antes del ingreso.

En los casos de ingresos no voluntarios por agitación o agresividad, el juez dictaminara este ingreso no voluntario y dará orden de que se ingrese en una unidad de psiquiatría de un hospital .

También hay que entender que muchas ocasiones son los familiares los que piden el ingreso de su familiar por descompensación .

2 Objetivos

- Describir que tipo de contención mecánica debe o puede realizar el TCAE en un paciente que tiene una descompensación psiquiátrica.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que nos explican que tipo de funciones puede llevar a cabo el TCAE ante un paciente psiquiátrico. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras utilizadas en DECS fueron agitación, contención, mecánica, formación.

4 Resultados

- En ocasiones la contención mecánica resulta difícil de colocar y de entender porque se coloca, para ello hemos realizado una revisión bibliográfica en la cual hemos podido enseñar e incluir artículos .Por supuesto textos con evidencia científica en la que nos demuestra que tipo de contención mecánica puede ser colocada por el TCAE a un paciente psiquiátrico.
- En ocasiones el TCAE junto con el resto del personal sanitario coloca una contención mecánica total, pues el paciente esta desorientado y es posible que se pueda retirar el oxígeno, sonda vesical, Sonda nasogástrica etc.
- En el caso de la unidad de hospitalización de psiquiatría lo primero que se intentara con un paciente el cual esta alterado, agresivo es la contención verbal que es

la de intentar hacerle ver sin palabras que pueda malinterpretar de que está obligado o en caso de que este agitado se procederá con todo el equipo de la unidad a la colocación de la contención mecánica que está compuesta por un cinturón abdominal, muñequeras y tobilleras de esta forma el paciente estará sujeto por cuatro puntos y evitara la intención de suicidio, o autolesión.

- El TCAE y el resto del personal que trabaja en la unidad de psiquiatría debe conocer que el cinturón va sujeto a la cama con imanes y de forma que el paciente pueda girar 90 °. En el caso de las muñequeras se colocarán de forma que no estén demasiado apretadas y que estén sujetas también a la cama. Los protocolos de contención comentan que la colocación de esta contención debe ser de 5 personas pues una sujetara la cabeza otra dos las piernas colocando las tobilleras y otra colocara el cinturón abdominal de forma que se vaya conteniendo poco a poco. La contención debe estar pautada por un médico y en caso de urgencia será el responsable de la unidad en ese momento y se notificará después al facultativo.
- La contención se utilizará el menor tiempo posible y siempre que se encuentre pautada.

5 Discusión-Conclusión

Es un tema que resulta muy difícil en todo el personal sanitario debido a que es una situación tensa, en la que compruebas que un paciente no atiende a razones, esta agitado, desorientado y no es capaz de poder controlarse.

El TCAE es uno de los profesionales que en caso de tener que colocar una contención mecánica debe conocer siempre cual es el puesto que tiene y cuál es la función que le corresponde. Como hemos conocido es colocada por 5 personas de profesionales sanidad y siempre que conozcan la técnica estén familiarizados con ella. Hay que evitar que se coloque mal y no solo que el paciente se suelte si no que se haga daño.

6 Bibliografía

- EL-KHABIT M., NAVARRO F., GARCÍA A.J., NAVARRO G., HUIZING E., ROBLES C., IGLESIAS C. Protocolo de contención mecánica. [Internet]. 2010.
- GARRIDO E., LIZANO-DÍEZ I., ROSET P., VILLAGRÁN JM., MUR C. El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. *Psiquiatría Biológica*. 2015; 22(1):12–16.

Capítulo 118

EMPLEO DE AROMATERAPIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR

LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO

ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO

MARTA MARTÍNEZ MOLERO

CARMEN MEGÍA PRIETO

1 Introducción

En la actualidad la terapia de aromaterapia o flores es empleada en pacientes de patologías de salud mental, oncología, obstetricia, ginecología etc.

En la historia de la aromaterapia hemos encontrado que Nuestros ancestros se dedicaban a la recolección y la caza. Para poder llevar a cabo estas actividades debían de observar su entorno y la naturaleza para poder así abastecerse de la mejor manera posible. El tratamiento de sus patologías se basaba principalmente en el empirismo, descubriendo así hierbas curativas y detectando las que eran tóxicas para el organismo.

Podemos definir e identificar la aromaterapia como que es una forma de medicina alternativa basada en el uso de materiales aromáticos, incluidos los aceites

esenciales y otros compuestos aromáticos, con el objetivo de mejorar el bienestar psicológico o físico para la cual existe buena evidencia de eficacia.

Actualmente podemos encontrar en el mercado la terapia de Bach en la que El Dr. Bach afirmaba que el uso de esta terapia floral concreta está destinado al alivio de los desequilibrios psicoemocionales y de carácter, como la impaciencia, miedo, angustia, incertidumbre, ira, confusión, timidez, entre otros ya que su persistencia en la persona puede causar patología física. El Dr. Bach basó su uso en la hipótesis de que la enfermedad es consecuencia del desequilibrio en la dimensión emocional y mental de la persona.

2 Objetivos

- Describir que tipo beneficios básicos o empleo de aromaterapia o flores se puede conseguir el TCAE en un paciente oncológico.

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 beneficio de la terapia de aromaterapia.

Palabras clave: fármaco, internet, cuidados, curas

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos en los que nos indican los beneficios que puede llegar a aportar la aromaterapia a un paciente oncológico. Y en que puede ayudar el TCAE en este campo sanitario.
- Algunos autores como Boehm, Büssing y Ostermann exponen y nos indican que la terapia floral tiene efectos positivos en el dolor y la depresión en pacientes oncológicos terminales; estos autores explican que tras la inhalación de bergamota (*Citrus bergamia*), lavanda (*Lavandula angustifolia*) e incienso y la realización de un masaje terapéutico con aceite esencial de lavanda o de manzanilla romana, observaron una disminución de los signos vitales como la tensión arterial y frecuencias cardíaca y respiratoria. Además, durante el estudio pudieron comprobar que después de una semana, los mismos pacientes refieren sentirse más relajados

y afirman que hacer gárgaras con aceite esencial mejora la mucositis provocada por la radioterapia en el caso de pacientes con cáncer de cuello.

- El TCAE debe conocer que la aromaterapia o flores aromáticas pueden ser administradas en baños aromáticos: Es un procedimiento similar a la inhalación. El calor dilata los poros acelerando la penetración de los aceites esenciales. En este caso las gotas se disuelven en un aceite vegetal base como son los aceites de aguacate, almendra o germen de trigo.
- Pero no solo existe esta técnica está la de vaporización en la que inhala también el olor de los aceites esenciales, masajes relajantes etc.
- En este caso el TCAE debe conocer que patología oncológica tiene el paciente antes de seleccionar la técnica que puede realizar o puede ser mas efectiva a este paciente. No todos los pacientes se les realiza la misma técnica pues cada paciente puede encontrarse más a gusto con una u otra.

5 Discusión-Conclusión

Con este tema se ha demostrado que existen técnicas con las cuales se trabaja y son beneficios para este tipo de pacientes oncológicos.

Es una técnica que no todo el mundo cree que por realizar una técnica de aromaterapia se va a curar, pero como se ha podido ver en nuestros resultados, esta técnica no pretende curar a el paciente, pretende evitar la depresión, ansiedad. Produce un bienestar, alegría, confort de forma que el paciente se olvida de su patología o durante el tiempo de la técnica se evade.

Es una técnica que no tiene ningún efecto secundario en principio ni ninguna complicación.

6 Bibliografía

- Cooke B, Ernst E. (2000). Aromatherapy: A systematic review. British Journal of General Practice, 50, 493 – 496.
- Crawford NW, Cincotta DR, Lim A, Powell C. (2006). A cross – sectional survey of complementary and alternative use by children and adolescent attending the University Hospital of Wales. BMC Complementary Alternative Medicine, 6 (16)

Capítulo 119

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA UN SONDAJE EVACUADOR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR

LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO

ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO

MARTA MARTÍNEZ MOLERO

CARMEN MEGÍA PRIETO

1 Introducción

El paciente que presenta un problema a nivel urinario, tanto con una patología añadida como si no. En muchos pacientes en caso de incontinencia, pacientes encamados, o con complicaciones urinarias es muy difícil la recogida de orina para poder analizarla.

La incontinencia urinaria es aquella que lleva a la pérdida del control de la vejiga, es un problema frecuente y que a menudo causa vergüenza. La intensidad abarca desde perder orina ocasionalmente cuando toses o estornudas hasta tener una necesidad de orinar tan repentina y fuerte que no llegas al baño a tiempo.

Existen varios tipos de incontinencia con lo cual va a depender del paciente, complicaciones y patologías que pueda llevar este.

Estas son :

- Esfuerzo esto ocurre cuando el estrés o la presión sobre la vejiga le hacen perder orina. Esto puede pasar al toser, estornudar.
- urgencia: Ocurre cuando tiene una fuerte necesidad (urgencia) de orinar y algo de orina se escapa antes de que pueda llegar al baño. A menudo se relaciona con una vejiga hiperactiva. La incontinencia de urgencia es más común en personas mayores.
- Por rebosamiento: Ocurre cuando la vejiga no se vacía por completo.
- Funcional: Ocurre cuando una discapacidad física o mental, problemas para hablar o algún otro problema le impide llegar al baño a tiempo.

2 Objetivos

- Conocer que tipo de materiales son los necesarios para la preparación de un sondaje evacuador a un paciente incontinente por el TCAE.

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 que tipo de material es el que se necesita para realizar un sondaje evacuador.

Palabras clave: sonda, incontinencia, orina, recogida.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos, en los que nos indicaban que tipo de material es el que se va a ser necesario ante la urgencia o no de tener que realizar un sondaje evacuador a un paciente incontinente.
- El TCAE antes de realizar cualquier preparación del material , lo primero que debe realizar es la preparación del paciente, el cual en caso de que sea valido se le explicara lo que se le va a hacer simplemente. En caso de que sea encamado o dependiente para las actividades de la vida diaria, se tendrá que comprobar si lleva pañal si no lo lleva, en caso de que este sucio tendrá que cambiarlo y lavar

en las mujeres el periné y en los hombres el pene. En caso de que el paciente se encuentre desorientado el problema va a ser que no va a colaborar y la técnica de sondaje evacuador van a tener que estar mas personal para realizar la técnica correctamente.

- El material necesario para la realización de la técnica se básico , aunque es una técnica estéril con lo cual se debe de tener preparado doble de todo el material para evitar que en caso de complicaciones que a la hora de realizar el sondaje se tengan que quitar guantes o algún equipo este defectuosos.
- Los materiales que tiene que preparar el TCAE son , palangana, dos pares de guantes estériles, dos sondas evacuadoras, gasas, lubricante anestésico, contenedor de recogida de orina estéril, paños estériles para cubrir la zona donde se va a realizar el sondaje.
- El TCAE ayudará a enfermería en esta técnica ya que este se encontrará estéril y va a ser necesario dos personas para realizar correctamente la técnica.

5 Discusión-Conclusión

El tema de los sondajes evacuadores es que generalmente como se ha comentado es en pacientes mayores los cuales no pueden realizar un control de esfínteres, por ello cuando se necesita una muestra de orina de estos es difícil recogerla, salvo que se realice un sondaje evacuador.

El TCAE debe como se ha comentado en nuestros resultados preparar doble el material para evitar que en el momento que se esté realizando la técnica surja alguna complicación y tenga que irse de la habitación a buscar más material.

Es una técnica estéril con lo cual el TCAE debe estar ayudando a enfermería para cualquier necesidad o cualquier ayuda que vaya a necesitar.

6 Bibliografía

- McLean L, Varette K, Gentilcore-Saulnier E, Harvey MA, Baker K, Sauerbrei E. Pelvic Floor Muscle Training in Women With Stress Urinary Incontinence Causes Hypertrophy of the Urethral Sphincters and Reduces Bladder Neck Mobility During Coughing. *Neurourology and Urodynamics* 32:1096–1102 (2013).
- Liebergall-Wischnitzer M, Paltiel O, Lavy Y, Shveiky D, Manor O, Hochner-Celnikier D.

Long-term Efficiency of Paula Method as Compared With Pelvic Floor Muscle Training for Stress Urinary Incontinence in Women. (2013).

Capítulo 120

DESGASTE PSICOLÓGICO EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL.

ADRIANA VIEIRA MARTINS

ANDREA FERNÁNDEZ TEJERO

MARÍA BELÉN LÓPEZ BRAÑA

GLORIA GARCÍA SENCHERMAN

ÁNGEL MANUEL FRAGA FERNÁNDEZ

1 Introducción

A partir de los años ochenta, los profesionales evaluadores de los riesgos laborales identifican un nuevo riesgo psicosocial laboral muy importante, con muchas repercusiones a nivel individual, profesional y social. Este nuevo fenómeno como es el síndrome burnout, es una consecuencia directa de otro factor muy potente como es el estrés en el ámbito sanitario.

Las investigadoras Maslach y Jackson, lo proponen como un síndrome de estrés crónico propio de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia.

Este síndrome de burnout se caracteriza principalmente por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal. El cansancio emocional pasa volverse un agotamiento emocional donde aparece la pérdida de atractivo de las tareas, donde puede aparecer disgusto por el propio trabajo,

de forma que este pierde su atractivo y con ello cualquier sentimiento de satisfacción.

El fracaso en la fase anterior no lleva hacia la segunda parte, que es la despersonalización, que fundamentalmente es un mecanismo de defensa para evitar el aumento de los sentimientos de impotencia indefensión y desesperanza personal. La despersonalización es un tipo de conducta donde se unen la depresión y la hostilidad. El abandono de la realización personal es la tercera fase del proceso. Esta consiste en la creencia de que el trabajo no merece la pena, que no hay forma de cambiar las cosas en el trabajo, etc., y al final aparece el pensamiento de un posible cambio de trabajo o al menos de institución. La pérdida de ilusión por el trabajo realizado y de su idealismo acompañan esta tercera fase.

La pérdida de autoestima profesional y la desilusión por las propias tareas hace que se formen grupos de profesionales que estén en la misma situación y con parecidas características, siendo estos grupos en si mismos, un factor de precipitación y aceleramiento del burnout generalizado en el ambiente laboral. Por lo que se puede pensar que el burnout es un factor contagioso en el ámbito laboral. El burnout es una variable del estrés crónico que se relaciona con la pérdida del reconocimiento del valor del trabajo, cuando se pierde el sentido de justificación del esfuerzo, etc. El burnout es una forma de cansancio progresivo.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo es identificar el impacto del síndrome del burnout en el colectivo sanitario y sus consecuencias.

3 Metodología

Nuestro trabajo de investigación se basa en una búsqueda y revisión bibliográfica de documentos, artículos y estudios, localizados en bases de datos de páginas científicas como Cochrane, Pubmed, Medline, etc. y en revistas de corte científico como Science.

Nuestro trabajo se desarrolló en el periodo que va desde octubre 2019 hasta febrero 2020, y el intervalo de publicación de trabajos seleccionados estuvo acotado entre año 2007 y 2020.

Los descriptores o palabras claves para la realización de nuestra búsqueda han sido: estrés, burnout, personal sanitario.

En una primera selección se localizaron 12 trabajos, y después de una primera revisión se eliminaron 4 por ser duplicados. Al restante de los trabajos se les

aplicaron los criterios de inclusión/exclusión para una segunda selección. Los criterios de inclusión para nuestra selección han sido ser trabajos de acceso a texto completa, en lengua castellana, que aporten datos científicos sobre el burnout en el personal sanitario. Los criterios de exclusión fueron no dar acceso a texto completo, no relacionarse con personal sanitario, no ser artículos científicos.

4 Resultados

Los primeros resultados extraídos de nuestra investigación es que no es fácil de establecer la diferencia entre estrés y burnout, aunque de forma generalizada se considera el burnout como la última fase del estrés crónico, es decir la fase donde aparece el agotamiento tanto físico como mental. Pero existen algunas diferencias cualitativas entre estrés y burnout. Por ejemplo, mientras que el estrés puede desaparecer tras un reposo adecuado, el burnout sin embargo, no cesa durante el periodo de descanso.

Por otro lado, el burnout no se relaciona con una sobrecarga de trabajo, es decir un exceso de trabajo no genera burnout. De la misma forma un trabajo poco estresante pero muy desmotivador, sí puede generar burnout. Por ello el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional que sigue al abandono de intereses que un determinado momento fueron importantes para la persona. El burnout aparece cuando se pierde el contexto de justificación de una tarea, de un esfuerzo, es mucho más que solo el resultado de una carga pesada y monótona de trabajo. Algunos autores los definen como un cansancio cognitivo.

Otra posible diferencia entre estrés y burnout es el carácter insidioso de este último. El burnout no aparece después de dos o tres episodios de sobrecarga, este evoluciona lentamente, llegando a pasar del entusiasmo a la decepción a través de una erosión mental del individuo, que llega a volcar las primeras motivaciones, en alejamiento o incluso en rechazo de su trabajo diario.

Además del cansancio emocional, el burnout afecta muy de forma muy importante en el personal sanitario aspectos como la despersonalización y la falta de realización personal.

El burnout puede afectar muchas profesiones, pero las sanitarias asistenciales son de las que más lo padecen. Los factores organizacionales son un gran parte de los riesgos en la aparición de este fenómeno. El clima y la cultura laboral en el propio ambiente de trabajo parecen ser los factores principales en la génesis de este fenómeno, en especial el nivel de necesidad emocional de los pacientes y

las características organizativas del propio trabajo.

En cuanto al factor estructural organizacional del ámbito laboral, podemos señalar aspectos como los objetivos laborales, las características de la tarea, las condiciones físicas y sociales del ambiente de trabajo, estilos de gestión y dirección, las formas de supervisión, etc., como los principales implicados en la aparición del síndrome de burnout.

Por otro lado, si unimos factores como las condiciones de trabajo, el reconocimiento del mismo y los recursos accesibles para su ejercicio, tendremos los recursos necesarios para la aparición del fenómeno.

Varios autores indican que el burnout aparece ya en los años de formación, en los que principalmente se atiende a la formación técnica y se desatiende totalmente la preparación y los requerimientos emocionales.

Las causas personales también participan en la aparición del fenómeno, aunque de forma tan directa. El deseo de marcar una diferencia con los demás y de obtener resultados tangibles, el trabajo muy cercano al dolor y al sufrimiento de los pacientes y las malas relaciones con los compañeros, etc., son causas personales que hacen muy favorable el desarrollo del burnout.

En las profesiones sanitarias hay un elemento importante a tener en consideración: la frecuencia y la cantidad de tiempo pasados con los pacientes. El riesgo de aparición del burnout aumenta en función del tiempo pasado y proporcionando cuidados asistenciales directos a los pacientes. Varios autores indican, que la naturaleza de la atención sanitaria también influye en la presencia del burnout. Así, enfermedades de difícil atención, el trabajo con pacientes terminales, unidades de cuidados intensivos, etc., son trabajos que generan mucho estrés y en consecuencia burnout.

La comunicación con los pacientes y sus familias es otro foco de estrés y burnout. Las dificultades para entender algunos pacientes, la dificultad para expresar de forma entendible algunos datos técnicos a familiares, que además se encuentran en una situación de alteración, o el dar malas noticias, son algunos aspectos delicados que provocan mayor carga de tensión, que también contribuye a la aparición de este síndrome.

No aparece en los trabajos revisados una relación entre datos sociodemográficos y la aparición del burnout. Factores como la edad, el estado civil, años de profesión, turno de trabajo y otras variables parecidas no parecen incidir en el burnout. Algunos autores si observan un periodo de sensibilización o de incubación del burnout, y suele corresponder a los primeros años de la carrera profesional. Suele ser el periodo donde se realiza la transición entre las expectativas idealistas desarrolladas durante la formación, y el mundo real de la práctica cotidiana. Es un

periodo donde el profesional aprende que las recompensas personales, profesionales y económicas que recibe, no son las prometidas o esperadas.

5 Discusión-Conclusión

El burnout es un problema muy cercano a las profesiones sanitarias. Además de un cansancio emocional, también genera y aparece una despersonalización y una falta de realización persona.

Las principales causas del síndrome del burnout en el ámbito sanitario son las organizacionales, donde la atención asistencial directa a pacientes es un factor muy importante, y las personales en las cuales el entorno social del profesional sanitario representa una importante carga emocional.

La característica principal de la aparición del burnout en las profesiones sanitarias es una desilusión generada, al pasar de unas expectativas profesionales a unas situaciones de realidad cotidiana, además de factores estrés como son la sobrecarga de trabajo, la dedicación a pacientes en situaciones difíciles, etc.

6 Bibliografía

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

Capítulo 121

TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA NUTRICION Y DIETAS DE LOS PACIENTES

MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO

MARIA JUANA DELGADO ORTIZ

JORGE MATIA BELTRÁN

CONSUELO CALVO CARPINTERO

ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO

1 Introducción

La prescripción de la dieta del paciente dependerá de su estado de salud y, actualmente, en la mayoría de los casos será el médico el que decida qué tipo de alimentación requerirá el enfermo.

Dado el gran número de enfermos que necesitan una modificación en su dieta, en los centros hospitalarios existen manuales de dietas, que son protocolos dietéticos donde figuran todas las dietas orales disponibles en el centro. Estas dietas se aplican de forma inmediata tras la prescripción médica.

El TCAE (tecnico en cuidados auxiliares de enfermería) es el profesional sanitario encargado de prestar al paciente la ayuda necesaria que requiera para su correcta alimentación, ya que muchos pacientes tienen limitada su movilidad o

tienen ciertas patologías que no les permiten alimentarse por sí solos, necesitando de nuestra ayuda; por ello es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sepa reconocer y diferenciar los tipos de dieta que existen en un centro hospitalario, sabiendo en todo momento si la comida que estamos proporcionando se corresponde con la pauta médica del paciente en cuestión. Se pueden distinguir diferentes clasificaciones de las dietas terapéuticas, según distintos criterios.

Se entiende por dieta terapéutica a la pauta dietética que se debe basar en una alimentación lo más equilibrada posible, pero en la que se requiere modificar ciertos parámetros nutricionales y tipos de alimentos, preparaciones culinarias e incluso texturas, con el fin de adaptar la dieta a las necesidades del paciente.

2 Objetivos

- Describir e indicar los tipos dietas existentes en el ámbito sanitario para los pacientes ingresados por el técnico de cuidados auxiliares de enfermería

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

TIPOS DE DIETAS TERAPÉUTICAS:

- Según el fin que se persiga con las dietas terapéuticas, se diferencian:
 - Dietas esenciales o curativas: constituyen la base fundamental del tratamiento de una enfermedad concreta.

La particularidad que presenta en muchas ocasiones este tipo de dieta es la eliminación de un determinado nutriente, ya que este es el causante de la patología presente en el paciente, por ejemplo, dietas específicas para trastornos congénitos tales como fenilcetonuria (eliminación de fenilalanina), celiaquía, intolerancia a la lactosa o diabetes mellitus tipo II.

- Dietas paliativas: son dietas que acompañan a otro tipo de tratamiento de la enfermedad, como el farmacológico. Entre ellas destacan las que acompañan al tratamiento insulínico en la diabetes mellitus tipo I, a los antiácidos en la úlcera péptica, a los antibióticos en las quemaduras y a los diuréticos en la hipertensión.
- Dietas profilácticas o preventivas: como su nombre indica, son dietas destinadas a evitar la aparición de una enfermedad o reducir sus probabilidades de manifestación. Un ejemplo serían las dietas que restringen sodio para evitar la hipertensión o una dieta basada en comida real para evitar sobrepeso y obesidad.
- Dietas facilitadoras: facilitan el proceso de alimentación de aquellos pacientes que son incapaces de realizar adecuadamente los procesos de masticación o deglución. Estas dietas no requieren modificaciones en cuanto al contenido calórico y nutricional con respecto a las recomendaciones. Entre estas dietas se encuentran aquellas con modificaciones en las texturas, en la consistencia o en la forma de presentación.
- Dietas con fines exploratorios y diagnósticos
: el objetivo no es específicamente terapéutico, pero su empleo en la práctica de determinadas pruebas diagnósticas es esencial para el descubrimiento de posibles anomalías y la identificación de numerosas enfermedades. Cabe destacar los contrastes con bario en la patología digestiva o la detección de sangre oculta en las heces, entre otras.
- Dietas artificiales o de preparación: son aquellas elaboradas de forma artificial en los laboratorios y, dependiendo del caso, su administración suele darse en las unidades de dietética de los hospitales. En ellas se calculan las necesidades calóricas de determinados enfermos y se elabora un preparado alimenticio especial destinado a la nutrición enteral o parenteral.
 - Según se cuantifiquen o no los nutrientes de la dieta, se encuentran:
 - Dietas cualitativas: en ellas no se cuantifican los macronutrientes ni la energía, sino que se parte de la base de una alimentación equilibrada y sobre ella se aconsejan, limitan y desaconsejan determinados alimentos para que el propio paciente planifique sus ingestas, por ejemplo, en la úlcera gástrica o en la hipercolesterolemia.
 - Dietas cuantitativas: en este tipo de dietas sí se cuantifican las calorías y, por tanto, las cantidades de hidratos de carbono, grasas y proteínas que son aconsejables para cada individuo, según sus necesidades.
 - Según proporcionen todos los nutrientes y energía o escasee alguno de ellos, se pueden clasificar en:
 - Dietas terapéuticas completas: hay situaciones que requieren algunos cambios nutricionales que obligan a desequilibrar la dieta, pero no hasta el extremo de

provocar carencias o desequilibrios en el paciente, es decir, proporcionan al paciente la cantidad necesaria de nutrientes y energía para cubrir sus requerimientos.

- Dietas terapéuticas incompletas: en este tipo de dietas existe algún nutriente deficitario, como vitaminas, energía o incluso algún nutriente esencial, de tal manera que no se llegan a cubrir los requerimientos del individuo. Si se sigue este tipo de dietas durante periodos de tiempo prolongados podrían causar algún tipo de carencia, por lo que requieren suplementación. Por ejemplo, una dieta de 1.000 kcal/día deberá suplementarse con preparados polivitamínicos y oligoelementos, así como en una dieta astringente rigurosa.

- Según la evolución de la enfermedad, se pueden pautar:

- Dietas progresivas: son dietas específicas indicadas en las diferentes etapas evolutivas de la enfermedad, es decir, se van administrando por fases según la mejoría del paciente y siguen unos pasos sucesivos hasta que el paciente pueda recuperar la alimentación normal. Por ejemplo, se prescriben en el posoperatorio de una cirugía mayor abdominal, ya que, aunque el paciente está curado de su dolencia, no puede iniciar la alimentación de una dieta completa, sino que debe restablecerse poco a poco, en pequeñas cantidades, con texturas fluidas y a base de alimentos de fácil digestión. Estas dietas se dividen en dieta hídrica, dieta líquida, dieta semilíquida, dieta semiblanda, dieta blanda y dieta basal.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con los tipos de dietas hospitalarias que existen para nuestros pacientes.

Destacar la importancia de saber reconocer cada una de ellas, de tal forma que evitemos cambios o dietas inadecuadas para el paciente que puedan ocasionar un riesgo o complicaciones para su estado de salud.

Hemos visto que quien suele prescribir la dieta es el médico facultativo y nosotros somos los encargados de ayudar al paciente a su alimentación.

Hemos visto como se clasifican según diferentes criterios: según su finalidad, según se cuantifiquen o no los nutrientes, según se proporcionen todos los nutrientes o falte alguno de ellos y según la evolución de la enfermedad.

6 Bibliografía

1- El papel del TCAE en la alimentación y la nutrición -

Ocronos- <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://revistamedica.com/papel-tcae-alimentacion-nutricion/&ved=2ahUKEwj0j4Xno9f0AhXhzoUKHY0OD3cQFnoECAQQBQ&usg=AOvVaw2SzmInbqlYRtpPLfeB4g4v>.

2- <https://enfermeria.top>

› apuntes › tcaeClasificación, Higiene y Manipulación de Alimentos - Enfermería.Top.

3- <https://www.universidadviu.com>

› dDietas hospitalarias, definición y tipos fundamentales | VIU.

Capítulo 122

LA IMPORTANCIA DEL APOYO EMOCIONAL A LOS PACIENTES POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO

MARIA JUANA DELGADO ORTIZ

JORGE MATIA BELTRÁN

CONSUELO CALVO CARPINTERO

ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO

1 Introducción

El apoyo emocional es entendido como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige al servicio sanitario o TCAE un alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente hospitalizado. La comprensión adecuada de esas manifestaciones, cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y su tratamiento, será esencial (Ayarra y Lizarraga, 2001). Además, ha de ser capaz de proporcionar sensación de seguridad.

Así, para desarrollar el apoyo emocional se necesita que el equipo de enfermería y TCAE sean buenos oyentes, se muestren atentos y dispuestos a confortar a los pacientes.

La ausencia de una definición de lo que es el apoyo emocional se refleja en la práctica asistencial. De este modo, el cuidado esencialmente instrumental es un pilar básico de los aspectos psicosociales y emocionales que permean la relación entre el equipo de enfermería, TCAES y pacientes (Lemos y Rossi, 2002).

El apoyo emocional debe ser comprendido en forma de cuidados, siendo los objetivos fundamentales ofrecer la mejor atención, confort y bienestar al paciente. Por lo tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y complejidad del ser humano, tanto su dimensión física como la psicológica, ya que ambas se asocian al cuidado instrumental a través de, por ejemplo, la medicación o la higiene, entre otros. El cuidado expresivo, por su parte, engloba al aspecto psicosocial, el relacional y el apoyo emocional (Carrobbles, Remor y Alzamora, 2003).

Por todo lo expuesto, se ha de tener muy en cuenta que la promoción del apoyo emocional ha alcanzado resultados positivos en el proceso de recuperación de los pacientes hospitalizados en la unidad de hospitalización. Los cuidados instrumentales, y expresivos se complementan para reducir, o inclusive sanar, el sufrimiento físico y psíquico, bien provocado por el proceso de la enfermedad o por un ingreso hospitalario (Miranda et al., 2012).

El paciente, durante el periodo de su estancia en el hospital, además de sufrir cambios y rupturas de sus relaciones y de su cotidianidad, puede sentir miedo e inseguridades, ansiedad y expectativas que son capaces de hacerle retroceder en el proceso de adaptación y en su recuperación (Oriá, Moraes y Victor, 2004).

El equipo de enfermería y TCAES, que mantienen un contacto directo y permanente con los pacientes hospitalizados, deben colocarse en la posición de facilitadores del proceso de hospitalización, a través de la asistencia integral que abarca, además del cuidado instrumental, el apoyo emocional.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de la percepción del paciente ingresado en un hospital, sobre la calidad del apoyo emocional recibido.
- Analizar cómo puede beneficiar el apoyo emocional prestado por el equipo de enfermería y TCAE

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 estudios analizados al respecto del objeto planteado presentan muestras diversas, encontrando una gran variabilidad de edades que abarca desde los 30 hasta los 70 años. También se ubican en distintos hospitales, tanto públicos como privados.

Se halla el proceso de ingreso hospitalario se caracteriza porque los pacientes manifiestan los más diversos sentimientos, como por ejemplo: el miedo, la rabia, las expectativas, la ansiedad, la angustia, la soledad y el estrés. Los sujetos refirieron estar nerviosos e irritados debido al tiempo de días de ingreso en el hospital, por el cambio en la rutina de sus vidas, por la falta de privacidad y por la vivencia del sufrimiento de otros pacientes, manifestando que les gustaría estar en casa y cerca de sus familiares.

Las instituciones acogedoras, a través de las normas establecidas, determinan el horario de la medicación, alimentación, sueño, baño, realización de las curas y demás procedimientos. Esta rutina hace que el paciente tenga su espacio personal y territorial invadidos constantemente, generando sentimientos de pérdida de control sobre sí y sobre el ambiente.

Por ello, se convierte en imperativo que el enfermero y TCAES identifiquen los sentimientos causados por el ingreso para intentar minimizarlo, sobre todo intentando proporcionar una mejor adaptación del paciente durante el ingreso en el hospital. Se constata que las emociones se pueden alterar por la sensación de presión, ya que la rutina institucional no permite salir a la hora que se desea los pacientes ingresados.

Por otro lado, el ingreso también puede ser visto como un proceso que lleva a la cura, amenizando el dolor y el sufrimiento del paciente, con perspectiva de descubrir la patología y realizar un tratamiento efectivo. Los pacientes se tranquilizan después de ser dados de alta, ya que saben que recibirán cuidados específicos, utilizando los recursos especializados. Por lo tanto, al estar hospitalizados y recibir informaciones incorrectas o imprecisas, se pueden sentir bastante an-

siosos

Con respecto al equipo de enfermería y TCAES se enfatiza, cada vez más, la importancia de la asistencia integral a los pacientes, considerados en su totalidad, a través de acciones que abarquen el cuidado físico y lo emocional, posibilitando una comprensión amplia de su sufrimiento. Sin embargo, los avances tecnológicos, asociados a la sobrecarga de trabajo, han dificultado bastante la relación entre el equipo de enfermería, TCAES y pacientes, que se convierte en más fría y objetiva.

Para una mejor atención integral, es necesario el ofrecimiento de todo el soporte técnico científico disponible en cuanto a la formación de vínculos entre paciente y el profesional médico. El equipo de enfermería y TCAES necesitan prestar atención a los factores emocionales de los pacientes que se encuentran bajo sus cuidados. El foco del cuidado es el paciente y no su patología, lo que proporciona un mayor resultado benéfico al tratamiento.

Independientemente de las patologías o del procedimiento que el paciente vaya a realizar, es importante que tenga la oportunidad de expresar lo que está sintiendo, su ansiedad, su miedo o sus expectativas. Es importante que el equipo de enfermería y TCAES aclaren sus dudas y lo incentive a expresar sus sentimientos, intentando transmitir seguridad y calma.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, se debe recordar que estamos trabajando con personas y no con objetos. La curación de los pacientes requiere encuentros intensos y repetidos diálogos. El servicio al paciente exige una gran vocación que contempla: la entrega, la dedicación, el amor, la colaboración, la armonía, la paciencia, la tolerancia. Si tenemos en cuenta todo lo anterior, los frutos que coseharemos serán mayores.

El proceso de hospitalización genera alteraciones emocionales cuyos sentimientos varían tanto en la forma como en la intensidad de cada paciente. El desconocimiento del cuadro clínico, la rutina impuesta por el hospital, el distanciamiento de los familiares, de su residencia y de sus objetos, además de la incertidumbre en cuanto al tratamiento que va a recibir, las expectativas generadas por la cura y por el alta hospitalaria, son algunas de las causas de cambios en el ámbito emocional del paciente ingresado.

6 Bibliografía

1. Carrobbles, J. A., Remor, E., & Alzamora, L. R. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
2. Carta de la salud. (2007). Los derechos y deberes del paciente.
3. Fabelo Roche, J. R., Iglesias Moré, S., Orozco, S. B., Muñoz, A. R., & Amador Montejo, J. (2012). Percepción de apoyo social por pacientes con enfermedad alcohólica en fase de recuperación. *Revista del*

Capítulo 123

TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA TOMA DE TEMPERATURA A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO

MARIA JUANA DELGADO ORTIZ

JORGE MATIA BELTRÁN

CONSUELO CALVO CARPINTERO

ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO

1 Introducción

Para un correcto funcionamiento del organismo se requiere que las cifras de temperatura de la persona se mantengan dentro de unos márgenes normales. Entendemos por temperatura corporal, el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida. Existen dos tipos de temperatura: la llamada temperatura interior y, por otra parte, la superficial o exterior. La temperatura interna o central es la que se mide en los tejidos internos del organismo y se mantiene relativamente constante, variando alrededor de 37° C. La temperatura superficial o externa varía según dos parámetros: el flujo sanguíneo a la piel y la cantidad de calor perdido por el cuerpo hacia el medio externo, es decir, depende de las condiciones ambientales en las que se encuentra el sujeto.

Teniendo en cuenta estas oscilaciones de temperatura interna y externa, se han fijado unos límites aceptables de temperatura en el ser humano que van desde 36° C a 38° C. El lugar de determinación de la temperatura (oral, rectal, axilar, en la membrana timpánica, en la membrana esofágica, en la arteria pulmonar o incluso en la vejiga urinaria) es un factor que determina la temperatura del paciente dentro de los límites normales. El valor de la temperatura corporal también va a variar en función de la edad de la persona. En adultos jóvenes sanos, la temperatura corporal se encuentra alrededor de 37° C (medición oral). Durante el envejecimiento, estas cifras suelen ser menores porque el centro termorregulador (situado en el encéfalo) se vuelve menos eficaz. Por tanto, el anciano es más susceptible a los cambios ambientales, sintiendo frío o calor en diferente grado que el adulto.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la temperatura corporal del ser humano para la supervivencia.
- Conocer las distintas técnicas de medición de la temperatura corporal.

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

No existe una cifra única normal para todas las personas. Cada individuo se mueve dentro de sus propios límites normales de temperatura, los cuales pueden ser averiguados durante la práctica clínica por el personal auxiliar de enfermería.

MECANISMOS DE REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL.

Existen una serie de mecanismos fisiológicos y conductuales que regulan con precisión que los valores de temperatura se mantengan dentro de los límites de

normalidad. Estos mecanismos mantienen un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor.

**** Control nervioso y vascular:** existe una región situada en el encéfalo denominado hipotálamo, éste controla la temperatura igual que lo hace un termostato en un sistema para percibir la sensación de frío o calor. Al igual que el sistema climatizador se activa ante temperaturas bajas, elevando la temperatura ambiental mediante la producción de calor, o aumentando las pérdidas si la temperatura fuese alta, el hipotálamo percibe incluso los cambios mínimos y envía impulsos que van a aumentar o disminuir la temperatura según las circunstancias. Cuando la temperatura corporal se encuentra elevada los impulsos enviados por el hipotálamo van a producir un aumento en la sudoración, vasodilatación e inhibición de la producción de calor. Por el contrario, si la temperatura es inferior a la normal los impulsos van a aumentar la producción de calor mediante temblores musculares y vasoconstricción. (metabolismo de la grasa que se produce en recién nacidos).

***Control mediante la conducta:** las personas actuamos voluntariamente para mantener la temperatura corporal dependiendo de las temperaturas ambientales. Si la temperatura medioambiental desciende, las personas nos ponemos más ropa o bien nos desplazamos a un lugar más cálido; por el contrario si la temperatura aumenta solemos usar ropas más ligeras y utilizamos sistemas de refrigeración como aire acondicionado, ventilador. La capacidad de las personas para controlar la temperatura mediante estas conductas va a depender del grado de temperatura extrema, de la capacidad de la persona para percibir la sensación de frío o calor, de la capacidad mental y emocional de la persona y de la movilidad y la habilidad para llevar a cabo dichas conductas. La temperatura corporal puede verse afectada por diversos factores que pueden producir una variación que la desvíen de la normalidad. Entre otros destacan los siguientes:

- Edad. Las edades extremas, infancia y vejez, están más influenciadas por la temperatura ambiente, por lo tanto las personas de estos grupos de edad deben ser especialmente protegidas frente a los cambios bruscos de temperatura ambiental. En el recién nacido la temperatura normalmente oscila entre 36,5-37° C. En la edad adulta la temperatura media normal suele ser más baja que en la juventud y suele estar alrededor de los 36,5° . Con el envejecimiento los mecanismos de termorregulación se alteran, por lo que el anciano es más sensible a las temperaturas extremas.
- Ejercicio físico. La realización de ejercicio físico va a aumentar la producción de calor en el organismo, llegando incluso hasta los 40° C si la intensidad del mismo es elevada y se prolonga en el tiempo.
- Estrés. La estimulación del sistema nervioso se produce en estados de estrés

físico o emocional, como por ejemplo en períodos de ansiedad. Esto va a ocasionar un aumento en la actividad metabólica y en consecuencia la producción de calor, por lo que es normal que se eleve la temperatura corporal.

- Cambios hormonales. En las mujeres, las hormonas que se producen durante la ovulación suelen producir un aumento de la temperatura basal. - Medio ambiente. Las variaciones extremas de la temperatura ambiental también pueden incrementar o reducir la temperatura corporal. Estos cambios van a depender del grado de exposición y del grado de humedad ambiental.

- Ingesta de líquidos. Las bebidas calientes o frías pueden dar lugar a ligeras oscilaciones de la temperatura en la persona.

- Tabaco. El consumo de esta sustancia puede aumentar la temperatura.

- Alcohol. La ingesta de bebidas alcohólicas produce un descenso de la temperatura corporal

- Los procesos patológicos. Algunas enfermedades pueden ocasionar oscilaciones en la temperatura corporal.

Los tratamientos farmacológicos. Los medicamentos pueden producir como efectos adversos o secundarios una alteración de la temperatura del sujeto.

Para poder valorar las cifras de temperatura debemos conocer los lugares del organismo donde podemos medirla, así como disponer de los instrumentos necesarios para su medición. Existen diversos lugares de medición de la temperatura corporal, de entre ellos los más frecuentes son la oral, axilar, rectal y en el oído.

Oral. La temperatura se puede tomar en la boca con un termómetro. La medición en esta localización es accesible y cómoda, además de muy fiable.

Las situaciones contraindicadas son:

Bebés y niños menores de 6 años.

Pacientes con cirugía y patología oral, que tienen dificultad para respirar por la nariz.

Pacientes con disminución de la consciencia.

Pacientes que reciben oxígeno a través de una mascarilla.

- Axilar. La temperatura se puede tomar debajo del brazo, en el hueco axilar, utilizando un termómetro clásico o digital. Las temperaturas que se toman en esta zona suelen ser unas décimas más bajas que las que se toman en la boca o en el recto. Es la más cómoda y segura, pero la menos exacta.

- Rectal. La medición en esta zona suele ser la más fiable de las cuatro y nos proporciona unos valores más altos que el resto. Se puede tomar igualmente con un termómetro digital. Está indicada en niños menores de 6 años y en adultos inconscientes.

Está contraindicada en las siguientes situaciones:

Pacientes sometidos a cirugía.

Pacientes con trastornos rectales.

Pacientes con tracción o yeso en la pelvis o en las extremidades inferiores.

En el oído. Se suele usar un termómetro especial que mide la temperatura a nivel del tímpano, las cifras se asemejan mucho a las de la temperatura central del cuerpo.

Los tres tipos de termómetro utilizados para medir la temperatura corporal son: Termómetro electrónico digital, que funciona con una pila alcalina, tiene pantalla de lectura. Puede ser utilizado para tomar la temperatura oral, axilar o rectal, en un tiempo de 60 segundos. Termómetro de oído: Termómetro digital electrónico, que funciona con una pila de litio, tiene pantalla de lectura. Mide la temperatura mediante la detección en el conducto auditivo de los rayos infrarrojos que emite. Se coloca la punta del termómetro en el oído, se pulsa el botón y en un segundo se obtendrá la temperatura corporal.

Termómetros de frente: Termómetro digital electrónico, que funciona con una pila de litio, tiene pantalla de lectura. Mide la temperatura colocándolo en la frente con un tiempo de lectura de 5 segundos.

La temperatura corporal se mantiene dentro de un margen relativamente estrecho de normalidad. Depende de diversos factores, de forma general podemos considerar como cifra de temperatura normal entre 36 y 37° C. La disminución de la temperatura por debajo del límite inferior normal se denomina hipotermia y suele producirse el fallecimiento de la persona cuando la temperatura desciende por debajo de 34° C. Se puede llegar al estado de hipotermia por diferentes mecanismos: una pérdida de calor excesiva, una inadecuada producción de calor para contrarrestar la pérdida y un deterioro de la termorregulación central.

Los principales signos y síntomas de hipotermia son:

- Disminución de la temperatura por debajo de los límites normales.
- Piel pálida y fría.
- Disminución de la tensión arterial.
- Sensación de frío y presencia de escalofríos.
- Disminución de la cantidad de orina.
- Disminución del nivel de conciencia pudiendo llegar al coma.
- Disminución de la coordinación muscular.

El principal tratamiento ante un paciente con hipotermia sería el evitar un mayor descenso de la temperatura. Para ello debemos retirarle al paciente la ropa húmeda en el caso de que se diera esta circunstancia, cubrirlo con mantas o bien utilizar una manta térmica en el caso de hipotermia grave. En un paciente consciente se le dará además de beber líquidos calientes.

5 Discusión-Conclusión

La temperatura es uno de los cuatro signos vitales del ser humano que junto con el pulso, la presión sanguínea y la frecuencia respiratoria indican el estado de salud del sujeto. Factores como la temperatura ambiental, el ejercicio físico y los efectos de la enfermedad, pueden hacer que los signos vitales alcancen límites fuera de la normalidad. Con la medición de los signos vitales obtenemos una serie de datos que pueden darnos información sobre el estado general de salud de un sujeto (datos basales), así como su respuesta ante las situaciones de estrés físico y psicológico y el tratamiento médico y de enfermería. Un cambio en el funcionamiento fisiológico puede ser indicado por una variación en las constantes vitales

6 Bibliografía

1. <https://aula.logoss.net/course/index.php?categoryid=85&browse=courses&perpage=20&page=1>.
2. <https://www.docsity.com/es/necesidad-termorregulacion-fundamentos/2818172/>.
3. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-tecnico-en-cuidados-deenfermeria/>

Capítulo 124

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE UN DEBUT DIABÉTICO MEDIANTE UN CASO CLÍNICO.

NURIA DE PAZ

ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ

CARMEN GARCÍA MUÑOZ

MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ

ILHAM SALMI LHASNI

1 Introducción

La certeza de padecer diabetes, en su mayor parte, y en concreto para el tipo de diabetes tipo 1, se presenta espontáneamente y es comunicada al paciente y a los familiares mediante el diagnóstico, normalmente por el pediatra. En la mayoría de los casos tanto el niño como su familia con la sorpresa e incertidumbre de una enfermedad cuya existencia ni se sospechaba ni conocía. De modo particular, si el paciente es un infante, el cambio que va a experimentar no sólo le afecta a él, sino que, en gran medida, el tratamiento recae sobre todo en su familia y su entorno más cercano.

Tras el diagnóstico oficial, tanto el paciente, como sus familiares, se encuentran con que su vida en los últimos días ha cambiado en numerosos aspectos; ciertas

rutinas a las que normalmente nadie antes prestaba atención , es ahora cuando deben ser para ellos un motivo de supervisión y constante vigilancia.

El diagnóstico de una enfermedad crónica puede producir un impacto en los pacientes por varias razones: en primer lugar, la reacción emocional que se produce cuando se adquiere conocimiento de que se está padeciendo una enfermedad que es incurable, con una duración de por vida y en un segundo lugar, los ajustes que se deben marcar en el estilo de vida que impone una enfermedad como la diabetes tipo 1.

Es habitual, que, el diagnóstico de la diabetes afecte al estado de ánimo del paciente, provocando una tanda de mecanismos que sirven de protección de la angustia que la situación produce.

2 Objetivos

Explicar mediante un caso clínico el debut diabético en un niño, para lograr un mejor conocimiento de la diabetes tipo 1.

3 Caso clínico

Tono, es un niño de 7 años que lleva una semana acudiendo diariamente a la consulta de su pediatra por síntomas varios. La madre que lo acompaña refleja que en la última semana el niño no hace otra cosa nada más que comer, cualquier cosa le viene bien, siempre tiene hambre y sed, va al baño muchas veces, después de comer se carga de energía que gasta rápidamente y vuelve a tener el mismo mecanismo, no duerme bien por la noche por que se levanta a orinar varias veces y a comer.

El pediatra y el equipo de enfermería lleva una semana haciendo pruebas de azúcar a Tono en distintos horarios sin dislucidar nada en concreto y manteniendose en los márgenes. Se decide su derivación al Hospital Universitario de Toledo para una valoración en planta de un posible debut diabético.

Tono ingresado en planta, tras los análisis específico, exploración física, consultas externas con los padres se le diagnostica un debut diabético y se ingresa al niño durante unos días para que niños y padres empiecen una reeducación alimentaria y unas pautas de control y vigilancia de sus niveles de azúcar en sangre, tras su ingreso en el hospital, Tono pasa a controlar su diabetes por su pediatra de su zona de salud, teniendo analítica trimestrales para el control de su evolución y seguimiento pertinente que deberá llevar el resto de su vida por la alta comorbilidad con otras enfermedades. Tono desarrolla su diabetes en un principio con

disrrupciones de difícil control por los padres hasta que en un año todos muestran conciencia de la enfermedad incluido el paciente y toman como parte de la normalidad la diabetes, aprendiendo de forma natural a controlar el ejercicio y la alimentación con las pautas de insulina.

4 Discusión-Conclusión

El control y vigilancia en el debut diabético se torna difícil en los niños, cuanto más pequeños, más difícil es hacerlos entender, que un día nuevo se levantan y su vida ya no es la misma, no pueden comer lo mismo, estos pacientes deben de llevar una rutina en horarios de comida y ejercicio pautada por las dosis de insulina requerida en función de los niveles de azúcar que su cuerpo establezca y consuma a lo largo del día.

Los picos de subida y de bajada son al principio de mayor miedo para los padres y deben de aprender a controlar, el niño tiene que aprender a reconocer los síntomas para evaluarse y actuar a tiempo o comunicar a sus padres y entorno que es lo que está ocurriendo.

En los hospitales de nuestro país se ofrece ayuda psicológica al paciente y familiares para poder asumir el nuevo cambio impactante en la vida de todos los que rodean al paciente.

5 Bibliografía

- Rodrigas I Pages J. Cuidados de enfermería al paciente diabético. Madrid: FUNDEN; 2019.
- Tébar Massó FJ, Escobar Jiménez F. La diabetes mellitus en la práctica clínica. Madrid: Panamericana; 2019

Capítulo 125

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA

NURIA DE PAZ

ILHAM SALMI LHASNI

ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ

CARMEN GARCÍA MUÑOZ

MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ

1 Introducción

De una forma general, se sabe qué es la cadera y cuál es su uso, cuando se tienen problemas que puede implicar un implante protésico pueden surgir dudas. Hay que conocer la anatomía de la cadera, como funciona, cómo es una prótesis de cadera o en qué determinados casos es el tratamiento que se recomienda el que nos permite afrontar con la mayor información una intervención de estas características.

La cadera es la articulación que une la pierna con el tronco. Concretamente, une la parte superior del hueso del fémur con la pelvis. En el extremo superior del

fémur contiene una forma de esfera que se llama cabeza femoral. La pelvis tiene un habitáculo hemisférico en ambos lados, se llama acetábulo, en él, encaja la cabeza femoral.

La cabeza del fémur se articula dentro del acetábulo y esto permite andar y desplazarse. La cabeza femoral y el acetábulo están recubiertos de un cartílago, facilitando el deslizamiento de las dos estructuras sin que se produzca el dolor. No obstante, todo el contenido se rodea de ligamentos y del tejido fibroso formando la cápsula articular. Esta cápsula, junto con la musculatura ayuda a estabilizar la cadera y está cubierta de líquido sinovial, actuando como lubricante.

Las prótesis de cadera se usan para aliviar el dolor producido por el desgaste y para devolver la función a las personas que no responden bien a los tratamientos conservadores.

Normalmente el traumatólogo puede recomendar el implante protésico de cadera en alguna de las siguientes causas:

Fractura de la cadera: Es la rotura de la parte superior del hueso del fémur. Puede producirse en pacientes con previa osteoporosis. Habitual es el uso de prótesis de forma parcial en la cadera.

Artrosis de la cadera: Es el desgaste del cartílago que cubre la superficie de la cabeza del fémur y del acetábulo. Se puede deber al uso excesivo, a causas de origen desconocido o a patologías previas que pueden acelerar su desgaste. En estos casos determinados se suele optar por el uso de las prótesis totales de cadera.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico de implante de cadera por el servicio de traumatología para su mejor conocimiento por un equipo de técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Caso clínico

Rosi es una mujer de 45 años, lleva en lista de espera quirúrgica 4 meses en el Hospital Universitario de Toledo, ha recibido una llamada del anestesta para realizarse las pruebas de anestesia, previa intervención quirúrgica que tiene programada en quince días.

Acude a su hospital de referencia para realizarse analítica completa, placa de torax y electrocardiograma, se le realizan pruebas cruzadas por si fuera necesario transfusión.

El día indicado, en ayunas ingresa a las seis y media de la mañana por urgencias en ayunas, un celador acompaña a Rosi a la planta de Traumatología y hace efectivo el ingreso.

Una vez acomodada en la habitación y con ropa de hospital, se procede a su preparación por parte del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería para la entrada en quirófano, enfermería le coge una vía con varias entradas por si fuera necesario y es conducida por dos celadores en su cama al quirófano.

Una vez en quirófano es trasladada a la camilla de operaciones, el anestesista le informa que la anestesia se va a realizar con epidural y que se la dormirá un poco para que no sienta molestia alguna.

Una vez preparada, un traumatólogo y dos residentes cambian la cadera dañada por una prótesis de cerámica de un tamaño número 8 con éxito, tras realización de placa en quirófano se cierra y se deriva a reanimación bajo protocolo de anestesia para que la paciente cumpla con las horas establecidas antes del regreso a la habitación inicial donde continúa con el postoperatorio hasta su alta hospitalaria que se producirá en ambulancia hasta su domicilio e iniciará la rehabilitación en casa con revisiones mensuales con estudio de imagen de mensuración hasta el alta definitiva de la paciente.

4 Discusión-Conclusión

Las recomendaciones después de la colocación de una prótesis de cadera es incorporarse a la vida normal diaria lo antes posible, se recomienda iniciar la deambulación en terreno llano lo antes posible, no debe cruzarse las piernas, no se debe tampoco sentarse en sitios bajos y se tiene que tener en cuenta que la colocación de una prótesis es una pieza artificial y que estas son siempre más frágiles que nuestros huesos naturales ante posibles caídas. El gran peligro de la prótesis de cadera está en la luxación de esta durante el primer año de su colocación por lo que hay que tener especial cuidado, sobre todo en la rotación interna de la pierna operada.

5 Bibliografía

- Bernard F M. Artroplastías (Reemplazos articulares). Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2022.
- De la Fuente A. Reemplazo total de cadera. Revista del Cuerpo Médico Hosp Central N° 1 SSP 2021; : 121-38

Capítulo 126

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE LA REALIZACIÓN DE UNA COLONOSCOPIA

NURIA DE PAZ

ILHAM SALMI LHASNI

ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ

CARMEN GARCÍA MUÑOZ

MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ

1 Introducción

Una colonoscopia es el examen que se usa para detectar cambios o posibles anomalías en el intestino grueso y el recto.

Durante la realización de una colonoscopia, se inserta un tubo, que es largo y flexible por el recto. Contiene una pequeña cámara en la punta del tubo que permite al especialista ver el interior del recorrido del colon.

Si fuera necesario, los pólipos y otros tipos de tejido que se considere anormal se pueden extirpar a través de la realización de esta técnica.

Se pueden tomar muestras de tejidos para su análisis durante la realización de una colonoscopia por varios motivos:

Investigar signos y síntomas del colon. Una colonoscopia ayuda al especialista a explorar las causas de undolor abdominal, sangrado, estreñimiento en su forma crónica, diarrea y otros problemas derivados intestinales.

Análisis para detectar cáncer de colon. Si la edad del paciente es mayor de 50 años y tiene riesgo promedio de cáncer de colon por antecedentes o patologías asociadas, el especialista recomendará hacer cada dos años mínimo una colonoscopia de control.

Busqueda de más pólipos. Si se han hayado pólipos anteriormente, el especialista recomendará una colonoscopia de rutina con el fin de buscar y extraer pólipos adicionales. Esto es habitual para reducir el riesgo de padecer cáncer de colon.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es orientar a los compañeros en la realización de una colonoscopia explicando el procedimiento mediante un caso clínico expuesto.

3 Caso clínico

Cristina es derivada a la consulta del especialista por su médico de atención primaria por mantener diarreas constantes desde hace un mes, no lo asocia a ningún tipo de alimentación en concreto ni actividad ninguna.

Ha realizado algunos cribados en la alimentación por su cuenta sin resultados positivos. Estas diarreas en ocasiones van acompañadas por cólicos pero en todas las ocasiones.

El especialista y tras realizar una entrevista clínica de valoración personal, hábitos y ejercicios decide citar en el plazo de dos semanas para realizar una colonoscopia y ver que puede ocurrir.

Cristina acude a la sala de endoscopias previo tratamiento de limpieza realizado que se acompaña de dieta los dos días anteriores y sobres para la limpieza correcta del colon.

Se le coje una vía para preparar la anestesia y se le conduce a la sala de preparación para cambiarse de ropa e indicarle cual es el procedimiento y la postura que debe mantener.

Una vez en quirófano se le informa de la posición correcta y empieza la exploración observando desde el inicio el colon irritado en todo su recorrido, con laceraciones y poliquístico, se procede a retirar todos los quistes encontrados y se guardan para su posterior análisis en anatomía patológica, de este hallazgo se

dará cuenta a la paciente en la consulta con el informe completo de la prueba practicada.

Se observa un colon irritable en toda la exploración y se remite a una dieta para los quistes extirpados en los próximos días y se remite a Cristina a consulta para explicarle la dieta a seguir para su colon irritable y los hábitos de que debe adoptar para la recuperación de la flora intestinal y que el colon realice su trabajo de forma normal sin estrés y con un buen funcionamiento.

4 Discusión-Conclusión

Fundamental en el tratamiento de patologías asociadas a la detección en colonoscopias, realizar dietas que sea saludable, completa, variada, equilibrada, suficiente y atractiva.

Se debe prescindir de alimentos y especias picantes, también se debe eliminar el chocolate y los cítricos en medida de lo posible en el inicio de la dieta para el colon irritable. Se trata de mantener una dieta equilibrada que conlleve un buen tránsito intestinal eliminando los elementos que producen irritabilidad en el intestino grueso.

La funcionalidad completa de este órgano se recupera a base de dieta y el ejercicio de un tránsito intestinal adecuado, fundamental para llevar una vida sana.

5 Bibliografía

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

Capítulo 127

LA ACTUACION DEL AUXILIAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO

NEREA DE LA CERA AMENEDO

MERCEDES GONZÁLEZ MARTINEZ

M^a ADELA GARCIA MENENDEZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El papel de los TCAE (auxiliar de enfermería) en la unidad de cuidados intensivos es importante tanto para los profesionales como para los pacientes con condiciones de salud graves que amenazan la vida debido a un accidente o enfermedad.

La unidad de cuidados intensivos es una de las mayores áreas de responsabilidad de los hospitales, ya que es donde están los pacientes con problemas de salud más graves o complicaciones que requieran una actuación inmediata.

Se trata de una unidad multidisciplinar donde el trabajo y la coordinación entre los diferentes trabajadores sanitarios es fundamental para la recuperación del pacientes. Se requiere trabajar en equipo y todos los profesionales son fundamentales, por eso es necesario entender las tradiciones entre los diferentes profesionales.

Un Técnico de Enfermería Auxiliar de Enfermería tendrá las cualidades de una persona ordenada y un buen método de trabajo para mantener un buen desempeño y seguir estrictamente las instrucciones de los superiores.

La unidad de cuidados intensivos se puede dividir en diferentes salas, así como son : área general, área de postoperatorios, área de trasplantes, etc.

El trabajo de un Técnico de Enfermería Auxiliar de Enfermería, como cualquier otro trabajador, no es fácil. Pero serán las personas las que más contacto tendrán con los pacientes y podrán ver los cambios de evolución y mejoría.

2 Objetivos

Revelar algunos de los aspectos más importantes del uso funcional de Técnico en cuidado en auxiliares de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se realizó a través de varias búsquedas sistemáticas de información en las diferentes páginas web, búsquedas de libros académicos , revistas referenciadas así como artículos científicos , en los que se seleccionaron varios artículos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Son diferentes las tareas que el Técnico en cuidados de auxiliares de enfermería realiza día a día en la unidad de cuidados intensivos.

Se trata de un profesional bajo la supervisión de una enfermera, por lo que trabajan codo con codo con el personal sanitario para ayudarles en sus tareas.

Algunas funciones de lo técnicas en cuidados auxiliares de enfermería son :

- Realizar la limpieza y aseo del enfermo.
- Realizar la limpieza de los carros de curas, así como de su material.
- Colaborar con el personal titulado, siempre bajo su supervisión, en la recogida de datos termométricos, signos vitales, etc.
- Comprobar las medidas de aislamiento que precise el paciente.
- Revisar y comprobar la correcta identificación de los pacientes.
- Revisar y comprobar las barreras de protección del paciente.
- Cumplir las medidas de higiene.
- Revisar los maletines de intubación, bolsa insufladora y filtro de cada paciente.

-Durante el ingreso del paciente en la UCI, el papel del TCAE es imprescindible debido a su atención inmediata. El TCAE colaborará en la recepción del paciente crítico asegurando su seguridad y la disposición del material necesario para su rápida asistencia y monitorización.

-Asistencia en la preparación de técnicas invasivas

-La nutrición del paciente en la UCI es competencia del TCAE, deberá conocer los dispositivos de nutrición asistida.

-En ningún caso, el TCAE deberá administrar medicamentos por vía parenteral.

Algunas de estas tareas pueden ser responsabilidad de cuidadores o equipos de limpieza, pero en la UCI se restringe el acceso a tantas personas para evitar contagios y beneficiar a otros pacientes críticos.

TCAE es un componente esencial para la alimentación, la salud y la higiene del paciente en las unidades de cuidados intensivos.

Revelando algunos de los aspectos más importantes del uso funcional de Técnico en cuidado en auxiliares de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados de auxiliar de enfermería es una pieza fundamental en la unidad de cuidados intensivos para la alimentación, bienestar y higiene del paciente .

Se considera una pieza fundamental del equipo por su capacidad para resolver problemas en momentos de estrés. Es aconsejable que en los momentos de menos carga de trabajo pregunte a los compañeros por el aparataje o procedimientos de técnicas desconocidas.

Las técnicas se logran a base de prácticas generando ganar confianza y seguridad, por eso se recomienda asistir a la ejecución que desarrolle un compañero en las técnicas.

La Preparación específica no existe en Unidad de cuidados intensivos para TCAE como tal, por eso se deben aprender las técnicas necesarias

6 Bibliografía

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

Capítulo 128

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PARITORIO

SANDRA BUENDIA GÓMEZ

SANDRA ZARZALEJO LLORENTE

MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ

TANYA ANGELOVA KARTSELSKA

BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO

1 Introducción

Las funciones de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el paritorio se pueden resumir en: apoyar y ayudar al resto del personal sanitario, como son los médicos y enfermeras; atender las necesidades de dichos profesionales, preparar al paciente.

Estas funciones se pueden realizarse en el área de obstetricia.

Siempre es importante tener conciencia que el trabajo que corresponde al Auxiliar de Enfermería en Partos irá unida a ayudar y colaboración con otros profesionales.

Es importante identificar ciertos conceptos para que el TCAE pueda realizar de manera correcta su función:

- El "parto humano o nacimiento" es el final del" embarazo humano "hasta la salida del bebé.
- "Parto natural", el bebé nace pasando por la vagina, utilizando poca o ninguna ayuda de tecnologías y fármacos.

La matrona es la figura que se encuentra en el paritorio y a la que el TCAE se encontrará unido para llevara cabo las funciones que hemos mencionado, ambos son los encargados de recibir a la gestante y acompañantes en la habitación donde previamente se han comprobado las condiciones de limpieza e higiene, tanto de habitación como de baño y todos los enseres necesarios para su estancia tales como armarios, lencería (camisón, bolsa para su ropa con sus datos...), comprobar que el timbre funciona y dejando el cabecero elevado, entre otras.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en paritorio.
- Explicar los distintos conceptos relacionados con la gestación
- Establecer protocolos para el trato con la paciente gestante.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo 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: paritorio, TCAE, Gestante, Parto, Higiene.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en obstetricia es la de asistir al médico especialista en este caso Ginecólogo. Sus funciones irán dirigidas a la preparación del paciente para las intervenciones que se les vaya a realizar. Algunas de las funciones que podemos reseñar de manera general son:

1. Toma de signos vitales
2. Preparación del paciente en camilla.
3. Facilitar vestimenta a los pacientes.
4. Apoyar al médico durante el procedimiento.

5. Asistir a los bebés en caso de nacimiento.

6. Facilitar al paciente lo que le sea de necesidad.

El TCAE en el momento de la asistencia a un parto, tiene que:

- Preparar a la embarazada (vestir y desvestir)
- Asearlas cuando sea necesario.
- Traspaso de cama de la embarazada.
- Poner y quitar las cuñas, así como hacerse cargo de la higienización de la misma.
- Preparación de los instrumentos (limpieza y desinfección) y de la mesa de parto.
- Apoyar al médico especialista durante el parto.

Cuando la paciente ya haya dado a luz, el TCAE deberá:

- Cambiar las sábanas, compresas y ropa de la embarazada cuando se prevea.
- Recogida y limpieza del instrumental.
- Mesa del recién nacido (Gasa estéril, pinza para el cordón umbilical y pinza curva).
- Enviar a esterilización todos los instrumentos utilizados.

- Identificar al bebé con una pulsera identificativa en el cual aparecerá el nombre y los apellidos de la madre, la fecha y hora del parto y el sexo del recién nacido.

Cuando se traslada a la madre y al hijo a la habitación, es el momento en el que el TCAE facilitará a ambos todos los cuidados necesarios para su mayor comodidad. Tiene que tener en cuenta factores como la temperatura de dicha habitación entre los 22 y los 25°C, que es la temperatura adecuada para el organismo del bebé.

Además se les facilitará alimento, consejos de lactancia, higiene del recién nacido, higiene íntima de la madre. Y el TCAE tiene que avisar al enfermero/a si hubiera una incidencias.

Debemos señalar otras funciones de los TCAE como son las funciones administrativas, es decir actualizar y archivar las historias clínicas de los pacientes.

Muchas veces esta función no resulta nada fácil para el personal sanitario, debido al carácter íntimo y confidencial de los tratamientos.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desarrolla el TCAE en esta área son fundamentales, 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.

Podemos concluir que el TCAE es un profesional que debe tener unas características intrínsecas de comunicación activa, empatía y que aporte confianza al pa-

ciente, lo cual facilitará el trabajo durante los procesos más complejos y será beneficioso para que los pacientes se sienten más cómodos en esta área que suele necesitar de una intimidad extrema.

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.
- Gil Parra MA, Velandia Delgado LM. Control del riesgo psicosocial en enfermeras del área gineco-obstetricia del hospital universitario Erasmo Meóz-Cúcuta. Blasco, M; Pérez, J (2007), Metodologías de investigación en educación física y deporte: Ampliando horizontes, Editorial Club Universitario (25), San Vicente [Internet]. 2019 ; Available from: <http://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/15497>.

Capítulo 129

LA FUNCIÓN DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES CON LA DIABÉTES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

OMAR GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Definiendo el concepto de diabetes mellitus (DM), este proviene del griego y significa dejar correr, debido al exceso de orina que produce.

Fue en 1979, el médico Thomas Willis quien establece como la diabetes mellitus a este término como orina dulce e insípida, Si hablamos de la primera dosis de insulina quien la recibió fue un niño de 14 años que trece años después falleció, debido a las complicaciones que le generó la enfermedad. La diabetes mellitus es considerada como una enfermedad crónica, en la que los niveles de glucosa aparecen altos en sangre por encima de los valores normales consideradas y llamadas hiperglucemias, estas requieren de un seguimiento exhaustivo y muy constante para evitar todas las posibles complicaciones en el estado de salud del niño y adolescente.

El debut diabético en niños, lactantes y adolescentes es uno de los problemas globales que a la sociedad le acarrea un coste económico en lo relativo a la sanidad, comienza su tratamiento por primera vez cuando acude a un centro sanitario normalmente porque presenta síntomas y un cuadro clínico compatible con la

diabetes. En el debut de la diabetes en niños es necesario casi siempre la hospitalización porque una de las complicaciones que se presentan es el nivel elevado de cuerpos cetónicos.

Una característica de la diabetes es la sensación de hambre continua esto lo produce la ausencia de insulina provoca que la glucosa sea incapaz de penetrar en el interior de las células para producirles energía y se quedan en la sangre, al no poder entrar hace que las células estén hambrientas.

Según los estudios la mayoría se decantan porque puede existir un factor genético en esta patología, por lo que si el padre tiene diabetes es muy probable que el niño pueda desarrollarlo también.

Los síntomas iniciales que podemos apreciar en el niño o adolescente, es polidipsia, polifagia, poliuria y una notable pérdida de peso, comúnmente llamadas las cuatro P.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de la atención y cuidados de la DM juvenil.
- Describir el papel que cumple el Técnico de Cuidados Auxiliares de enfermería en la diabetes mellitus en niños y adolescentes.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. En la presente elaboración del estudio en diabetes mellitus en niños y adolescente he recopilado información por medio de diferentes vías, libros, revistas...

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y consultados artículos relacionados con el tema, en las principales bases de datos como Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Diabetes juvenil es como comúnmente se conoce a la diabetes en adolescentes y niños además ha ido aumentando en el tiempo porque la diabetes Tipo1 que antes era más común ahora en la actualidad se da mucha más prevalencia en jóvenes la diabetes Tipo 2, esto es debido al estilo de vida de hoy en día a la comida rápida,

la mala alimentación que conlleva a una alta tasa de obesidad y a la genética hereditaria que también influye a la hora de desarrollarla.

Sera necesario utilizar insulina en los niños con diabetes Tipo 1, para intentar mantener los valores dentro de la normalidad, sin en cambio los que padecen de diabetes Tipo 2 se puede llegar a controlar con ejercicio y dieta, siempre controlando que mantengan en un peso saludable, que hagan ejercicio, es también una pauta muy importante es que cojan el habito de comer pequeñas cantidades de alimentos que sean saludable y nutritivos.

Deberán controlar mucho la cantidad y la porciones de carbohidratos dependiendo de la edad del niño, para que estos carbohidratos se transforman en glucosa para el organismo, por eso es importante ingerir la misma en cada comida, y adaptar la insulina a la ración del niño.

Gracias que a día de hoy, se dispone de ciertos dispositivos que son un alivio para los niños ya que miden la glucosa constantemente sin necesidad de recurrir al pinchazo, solo con pasar el móvil sobre la piel donde tiene puesto el sensor se sabe al instante los niveles de glucosa.

Estos dispositivos se conectan con móviles y envían las lecturas de glucosa a los dispositivos móviles, siendo una tranquilidad para los padres poder saber la situación de su hijo en todo momento aunque no estén con ellos. Este dispositivo se conecta automáticamente al hospital, donde el endocrino en cualquier momento puede consultarlo.

El papel que cumple el Técnico de Cuidados Auxiliares de enfermería es de suma importancia en la diabetes mellitus en niños y adolescentes.

Las practicas adecuadas la prevención y educación en los pacientes desde nuestros conocimientos en esta patología, pueden prevenir situaciones graves en el niño o adolescentes.

La TCAE, forma parte del equipo multidisciplinar que se dedica a educar en la enfermedad a los niños, adolescentes y a sus familias a la hora de adquirir e instaurar unos hábitos saludables para que su salud no se vea deteriorada por una mala praxis, por parte de ninguno, como también una parte importante es dar apoyo a nivel psicológico al menor o adolescente y familiares, sobre los miedos e incertidumbre, que les puede provocar el conocimiento de tener esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos que tener en cuenta que esto también afecta a la salud mental y a la vida diaria del niño y del adolescente ya que estos pueden desarrollar depresión, ansiedad, sobre todo en adolescentes.

Cuando llegan a la adolescencia, que es cuando empiezan a salir fuera del entorno familiar, es cuando surgen los mayores problemas, ya que empiezan a desentenderse de su patología no queriendo admitir la problemática que tienen, saltándose en ocasiones el tratamiento, pudiendo llegar a tener que ser hospitalizado por alguna complicación. Por eso, un factor importante a la hora de un debut diabético es el apoyo a la familiar y al niño.

La mayoría de los niños llevan mal su enfermedad, ya que ven como su vida social, educación y actividad física sufre un cambio bastante notable. Un 80% de los padres ven como la vida de su hijo ha cambiado, ya que muchas veces tiene que abandonar su educación u hobbies, por este motivo.

Cabe destacar la inseguridad de los padres, estos plantean miedos, incertidumbre, estrés y a la mayoría les preocupa el futuro de su hijo.

6 Bibliografía

1. fundacióndiabetes.com
2. gobiernodecanarias.org
3. msdmanuals.com
4. mejoratusalud.es
5. who.int.diabetes

Capítulo 130

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CONSULTAS EXTERNAS

BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO

SANDRA ZARZALEJO LLORENTE

SANDRA BUENDIA GÓMEZ

MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ

TANYA ANGELOVA KARTSELSKA

1 Introducción

La función del TCAE en las consultas médicas de Atención Especializada es decir, a nivel hospitalaria, es acompañar al médico en las visitas con los pacientes y ayudarlo en lo que el médico necesite.

Podemos ver como las funciones del TCAE en consultas externas consiste en ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en su cometido respecto de aquellos enfermos susceptibles de hospitalización y, en general, realizar todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario.

Las consultas externas son muy amplias y de diferentes especialización por lo tanto, el TCAE necesitará conocer las diferentes consultas especializadas.

En estas consultas la función que más destacada para el TCAE es la de administrativo: registrando, consultado la agenda, dando citas, sacando citas para el paciente además de lo que requiera a nivel asistencial y físico tanto el facultativo como el paciente.

El TCAE no podrá cruzar la línea o las funciones que le corresponden al facultativo como diagnosticar, administrar medicamentos con instrumental, realizar pruebas preventivas, y en general todas aquellas que no estén dentro de sus funciones generales o para las que no se les haya dado permiso por parte del facultativo a cargo de la consulta externa.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en las consultas externas.
- Conocer las diferentes consultas externas
- Exponer la importancia de los TCAE en las consultas externas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo 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: consultas externas, TCAE, Atención especializada.

4 Resultados

Es importante que veamos las distintas consultas externas para poder detallar las funciones del TCAE en cada una de ellas.

1. CONSULTA DE DERMATOLOGÍA

El TCAE se encarga de recoger los volantes de los pacientes cuando llegan a la consulta, los hace pasar cuando indica el facultativo y una vez dentro de la consulta los ayudará a acomodarse en la camilla para que los examine el dermatólogo y encontrar el problema, el TCAE siempre estará pendiente de todo el material que necesite el facultativo para facilitárselo.

Otra función es dar al paciente todos los documentos que sean necesarios como recetas, consentimiento para alguna técnica que se tenga que realizar e indica-

ciones de como debe de realizarse las curas en caso de tener que quemarse con hidrógeno líquido alguna parte del cuerpo.

Una vez finalizada la consulta se encargará de colocar la consulta en el mejor estado posible y mirar que no falte nada.

2. CONSULTA DEL ENDOCRINO

En esta consulta el TCAE se encargará de tallar y medir al paciente.

Si el paciente fuera diabético el TCAE se encarga de hacerles una glucemia antes de entrar para ver los niveles de azúcar en sangre y comprobará todos los informes para ver si se ha realizado una prueba de hemoglobina glucosilada no superior a 3 meses en el caso de que no la tuviera realizada será la función del TCAE de llevarla a cabo.

Durante la jornada de trabajo se va preparando las consultas del día siguiente colocando por orden las historias y los volantes motivos de la consulta y por supuesto de ayudar en todo lo posible al paciente y al médico.

3. CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA

El TCAE nombrará al paciente para que entre en la consulta y poder ser atendido; además de atender al facultativo en la consulta también tiene la tarea de imprimir los volantes de las pruebas complementarias tales como radiografías, escáner, preoperatorio, etc...

4. CONSULTA DE SERVICIOS ESPECIALES DE UROLOGÍA.

El TCAE recoge volantes y va nombrando al paciente para que entre a la consulta, se les acomoda en la cabina para desvestirse y se le dará las indicaciones para realizar la prueba a la que se vaya a someter. Se ayudará en lo que se pueda al paciente y al facultativo se le deja el material necesario preparado quedando pendientes de darle todo lo que necesite durante la consulta.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que las funciones del TCAE en las diferentes consultas de atención especializada son similares, es decir, el primero en recibir al paciente es el TCAE así que es una labor importante ya que el TCAE tiene como base atender las necesidades del paciente por encima de todo.

Podemos señalar también como importante dar y ayudar en todo lo que precisen tanto al facultativo como a la enfermera si la hubiese.

Es decir resumimos que el trabajo en equipo en la Sanidad es un elemento clave para la atención al paciente, y en las consultas externas es necesario que la relación TCAE - facultativo sea buena y precisa.

6 Bibliografía

- 1.- Macmilan profesional. Autores: Carlos Galindo, Regina Cardelus, Agustín García, Manuela Heredia, Concepción Romo.
- 2.- <https://www.formacionactiva-profesional.com/el-auxiliar-de-enfermeria-en-las-consultas-externas-hospitalarias>.
- 3.- <https://www.fundacionsigno.com>
.PDF.Perfil profesional del auxiliar de enfermería en la unidad de consultas externas

Capítulo 131

LA CAMA HOSPITALARIA

MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO

MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL

SANDRA RAMOS LORENZO

CLARA HERRERO FERNANDEZ

1 Introducción

Cuando un paciente ingresa en un centro sanitario, normalmente se le asigna una habitación con mobiliario y material para su uso, es lo que se denomina unidad del paciente. Dentro de estas unidades se encuentran las camas hospitalarias.

Si la habitación es individual sólo se encontrará una cama. Si está destinada a varios pacientes, cada unidad se podrá aislar con elementos como biombos o cortinas, para intentar conseguir mayor intimidad para el enfermo que ocupa dichas unidades.

Si la habitación del paciente es individual, suelen medir alrededor de 10 metros cuadrados, si tienen dos camas unos 14 metros cuadrados, y si contienen 3, entre 18-20 metros cuadrados.

Características de la cama hospitalaria.

- Deben de estar situadas en un lugar de la habitación que permita ser accesible por los lados laterales y los pies de la cama. Lo mejor es colocarla no demasiado cerca de la puerta, ni debajo de la ventana.
- Suele llevar ruedas en las patas para moverlas con facilidad. Las ruedas debe de llevar un sistema de bloqueo.

- Poseen barandillas como seguridad y punto de apoyo para ayudarse el paciente a movilizarse.
- Medidas estándar de la cama hospitalaria.
 - . Ancho: 80-90 cm
 - . Largo: 190-200 cm.
 - . Altura: suele ser regulada en altura, para adaptarse al tipo de persona que la ocupa.

2 Objetivos

Describir los distintos tipos de cama hospitalaria.

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, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La cama hospitalaria no siempre es igual, se debe de adaptar al tipo de paciente que la ocupa. Dependiendo del tipo de patología que este presente será más adecuado un tipo de cama u otra.

* Clasificación de las camas hospitalarias.

- Cama articulada: es la más común en los hospitales, consta de un somier dividido en tres partes, articuladas para elevar o bajar los distintos segmentos.
- Cama ortopédica de Judet: para pacientes traumatológicos. Tiene un marco o triángulo de Balkan, para poder sujetar las poleas y equipos de tracción que sean necesarios para el paciente que ha sufrido las fracturas.
- Potro ginecológico: cama de exploración ginecológica y para los partos.
- Incubadora: para los recién nacidos. Permite asegurar un ambiente de oxígeno , temperatura , humedad y aislamiento, propicio para el bebé.
- Cama Gatch: es una cama eléctrica y articulada que permite posicionar al paciente que se encuentra en decúbito supino, incorporándolo para conseguir una posición en sedestación.

- Armazón de volteo (Foster): posee dos armazones, en uno de ellos reposa el paciente, y el otro sirve para ayudar a movilizarlo y realizarle cambios posturales.
- Cama electrocircular o de Striker: permite realizar giros de 180°. Indicada para pacientes con fracturas o lesiones de la columna vertebral, politraumatizados, grandes quemados, etc.
- Cama de levitación: el paciente está en suspensión gracias a un flujo intenso y continuo de aire, de manera que no existe contacto entre el cuerpo del paciente y el colchón. Indicada para grandes quemados.
- Cama roto-rest: permite un giro constante del enfermo que está en cama. Perfecta para prevenir úlceras por presión (UPP).
- Camillas: se utilizan en consultas y para el traslado de pacientes.
- Cama o mesa de quirófano: destinada a pacientes a los que se les va a realizar una intervención quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

Cuando una persona está ingresada en un centro sanitario es muy importante crearle un entorno agradable y acondicionado a su estado, pues es un aspecto muy importante para la evolución positiva de su enfermedad.

Un papel muy importante es la cama hospitalaria, pues muchos pacientes, según su patología deben de pasar muchas horas en la cama.

Por eso se debe de facilitar la más adecuada y cómoda, conforme a sus circunstancias. Por eso hay tantos y tan diferentes tipos de camas, junto con accesorios en ellas que facilitan la comodidad y las mejores condiciones para una mejor recuperación del enfermo.

6 Bibliografía

- Tipos de camas hospitalarias-APUNTES AUXILIAR DE ENFERMERÍA. <https://apuntesauxiliardeenfermeria.blogspot.com>
- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería del SMS. 7 editores Recursos para la Cualificación Profesional y el empleo, S.L.L. Editorial Mad y Eduforma.
- La unidad del paciente. Cama hospitalaria. <https://mheducation.es>

Capítulo 132

LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS QUEMADURAS

AROA MARÍA PEINADO ALARCÓN

1 Introducción

Definimos las quemaduras como unas lesiones en tejidos y piel producidas por agentes químicos, eléctricos, físicos e incluso biológicos, debidas a alteraciones térmicas, como puede ser el fuego, objetos calientes, el sol, vapores, etc.

Una lesión habitual en las quemaduras es la necrosis por coagulación. Su causa es producida por el calor generado por efectos a reacciones químicas diferentes que se producen por agentes corrosivos o por la acción del calor siendo la causa el paso de la corriente eléctrica.

Se valorará en los pacientes quemados hechos muy graves para él como la inhalación de humos y/o monóxido de carbono, que pueden perjudicar seriamente la vida del paciente. Para ello se valorará aspectos como la edad del paciente y la extensión (si son quemaduras graves o leves).

La extensión es el primer factor a valorar. Se utiliza la regla de los nueve y consiste en dividir las partes del cuerpo en nueve o múltiplos de nueve (regla de Wallace). Para los niños el sistema es algo diferente.

La edad del paciente es algo a destacar ya que dependiendo de las edades extremas, infancia y vejez, el pronóstico empeora. Los mayores de 60 años tienen claramente la peor valoración. La fórmula de Baux, establece que el % de mortalidad es igual al % de superficie quemada más la edad del paciente.

2 Objetivos

Conocer todos los cuidados que proporciona el TCAE ante enfermos que se han quemado así como los objetivos del tratamiento tópico a dar en estos casos.

Distinguir varios grados de las quemaduras según la profundidad.

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: “pacientes quemados” “quemaduras de primer grado” “quemaduras de segundo grado”. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

Vamos a distinguir los tres grados que pueden darse en una quemadura.

El primer grado son quemaduras que afectan a la epidermis. Está presente un eritema debido a la vasodilatación vascular, sin flictenas. Son dolorosas.

El segundo grado se subdivide en dos: profundas y superficiales. Las superficiales de segundo grado afectan a la parte superficial de la dermis, tiene ampolla o flictena, sobre un fondo eritematoso, son exudativas debido a la alteración de la permeabilidad capilar y la extravasación de plasma. Son dolorosas. Tardan en curarse entre 10 o 15 días más o menos.

Las de segundo grado profundas, afectan profundamente a la dermis. Su aspecto es blanquecino, no exudativas y su dolor es menor. El tiempo de cura está entre 3 o 4 semanas, según esté localizado puede o no tener tratamiento quirúrgico.

El tercer grado son subdérmicas, tienen un color blanco nacarado o marrón negruzco. Tienen escara seca de la piel y falta de sensibilidad. Presenta tacto de cuero y están totalmente trombosados los vasos sanguíneos.

Los cuidados de enfermería del enfermo quemado incluye:

- Tratar de quitar la causa: eliminar ácidos, apagar llamas, etc.
- Eliminar toda la ropa y ver que no quedan tejidos humeantes.
- Aplicar agua en abundancia de 20 a 30 minutos para refrescar la zona quemada, quitando todo aquello que mantenga el calor como puede ser joyas, ropas, etc.
- Tapar con manta para que no pierda el calor.
- Darles gammaglobulina antitetánica y toxoide, según antecedentes de vacunación.

- Tomar las medidas de uso de mascarilla, asepsia quirúrgica, guantes, irrigación en zona quemada con suero fisiológico a una temperatura ambiente y/o clorhexidina para hacer una limpieza por arrastre.
- Ante la existencia de flictenas, las evacuamos, recortando con cuidado y no sólo drenadas y abiertas.

El tratamiento tópico:

- Se decidirá una vez limpia la zona si va a ser con técnica oclusiva o expositiva. En esta última el tratamiento es ambulatorio ya que suelen ser pequeñas quemaduras en cara, cuello o manos.
- Se tomará algo para evitar la infección, aliviar el dolor y mantener la lubricación cutánea aceptable.
- La nitrofurazona, sulfadiazina argéntica, el sulfanilán al 10% son agentes tópicos a destacar.
- ¿Qué objetivos tiene el tratamiento tópico en las quemaduras? El de favorecer la epitelización, calmar el dolor y evitar la infección.

Las sustancias pueden o bien impregnarse en gasas o compresas quirúrgicas estériles o directamente. Para sujetar el apósito, se utiliza una malla o vendaje adaptable a las quemaduras. Jamás utilizar vendas de algodón ya que pueden deshilarse dejando fibras en la quemadura y endurecerse el exudado por dificultar la transpiración.

No darle ninguna medicación antes de valoración médica porque dificulta el ver la quemadura en su profundidad. No utilizar mercurocromo, Betadine ni violeta de genciana.

La limpieza hacerla con suero a chorro y envolver la zona con paños estériles o limpios.

5 Discusión-Conclusión

Existe un porcentaje grande de muertes al año por accidentes que causan quemaduras. Estas lesiones necesitan de valoración médica y asistencia sanitaria lo más pronto posible.

Ante la gravedad que puede suponer este tipo de quemaduras el TCAE deberá estar bien formado para cuando se le requiera actuar con seguridad y rapidez para asegurar la pronta recuperación del paciente.

El equipo de Enfermería como el TCAE realiza una aportación muy importante en los cuidados del paciente quemado, dándole la atención terapéutica, minimando su dolor y dándole bienestar.

Un funcionamiento eficaz tanto en el reparto de las tareas como en el equipo de enfermería da lugar al éxito en el plan de cuidados ante pacientes quemados para conseguir los objetivos propuestos de forma eficaz.

6 Bibliografía

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>

<https://www.educativo.net/articulos/el-rol-del-auxiliar-de-enfermeria-en-la-unidad-de-quemados-874.html>

Libro Auxiliar de Enfermería – Temario parte específica Volumen 2 – MAD <https://www.fp-santagema.es/protocolo-y-actuacion-de-paciente-con-quemaduras/>
<http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711105.pdf>

Capítulo 133

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CELIA HUERTA MARTÍNEZ

ANA BELEN SUAREZ FERNANDEZ

INES GONZALEZ ALBURQUERQUE

LORENA ÁLVAREZ ORDIERES

SONIA PULIDO HERENA

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabaja directamente con personas, por lo que es necesario tener una buena gestión de las relaciones que se realizan en el lugar de trabajo e interaccionar de forma adecuada.

En ocasiones, esa interacción que se da entre profesionales o entre paciente y profesional, puede dar lugar a conflictos. Cuando esto sucede, entra en juego la aplicación de técnicas para resolver el conflicto para poder conseguir una mejora en el rendimiento laboral y una mayor satisfacción.

Una opción posible cuando se dan los conflictos puede ser la mediación sanitaria, que sirve para poner fin y resolver el conflicto que se produce (profesional-profesional, profesional-paciente, profesional-familiares paciente...).

Hay que tener en cuenta que el conflicto es algo que forma parte de las relaciones que se generan entre personas o grupos. No siempre tiene que ser negativo, ya que, en ocasiones, en esos momentos se pueden encontrar puntos para evolucionar y desarrollar mejoras en el lugar de trabajo.

A lo largo del presente trabajo, se definirán los conceptos más relevantes (como mediación sanitaria, conflicto...), se identificarán los elementos que influyen a la hora de sufrir un conflicto, los tipos de conflictos, los aspectos positivos y negativos que puede generar la aparición del conflicto y el ciclo que aparece cuando sucede.

2 Objetivos

- Conocer los conceptos de conflicto y mediación sanitaria.
- Identificar los aspectos negativos y positivos que puede generar un conflicto.
- Describir el ciclo del conflicto.

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: “TCAE”, “conflictos laborales” y “mediación sanitaria”.

4 Resultados

El conflicto laboral se entiende como aquella disputa o desacuerdo que tiene lugar entre miembros de una organización, originada por discrepancias en sus opiniones. Esta definición es bastante sencilla y dejaría de lado otras formas posibles, por lo que a continuación, se detallarán las características que tiene un conflicto:

- Ineficiencia normativa.
- Interacción entre dos o más personas (grupos, personas...).
- Predominio de interacciones antagónicas.
- Intencionalidad de perjudicar al otro o atribución de tal intencionalidad.
- Utilización directa o indirecta del poder

Un conflicto no siempre lleva consigo aspectos negativos, sino que al mismo tiempo se pueden estar manifestando aspectos negativos y positivos.

-Aspectos positivos: promueve el pensamiento divergente y la innovación, aumenta la calidad en la toma de decisiones, mejora del rendimiento, puede producir modificaciones en la estructura actual de poder, contribuye a establecer a propia identidad personal y grupal, promueve la cohesión e integración del grupo e induce la creación de asociaciones.

-Aspectos negativos: coste personal, grupal y social, comunicación reducida y más insegura, se puede llegar a entender que para solucionar un problema es cuestión de fuerza, actitud hostil, juicios erróneos basados en las falsas percepciones, alto potencial desintegrador y los conflictos son vividos como algo negativo (incomodidad ante las diferencias en los pensamientos).

De todos los que hemos citado anteriormente el más relevante dentro de los aspectos positivos sería que el conflicto es el motor del cambio, mientras que, de los negativos, es que, si el conflicto se genera de manera frecuente, puede reducir la comunicación.

Dependiendo de las partes que se implican en el conflicto podemos distinguir varios tipos de conflictos: intrapersonales, interpersonales, intragrupales, intergrupales, interorganizacionales y colectivos.

El conflicto tiene un ciclo en la que se pueden distinguir varias etapas:

1. Oposición potencial: construida por las condiciones que pueden propiciar la aparición de conflictos (por sí solos no detonan el conflicto).
2. Conocimiento y personalización: la frustración que se genera en la primera etapa son percibidas y esto motiva la manifestación del conflicto.
3. Comportamiento conflictivo: se produce cuando una de las partes hace hincapié en realizar acciones con la intención de frustrar los intentos del que piensa diferente para lograr sus objetivos.
4. Resultados: cuando se produce el conflicto, los resultados pueden ser funcionales cuando se dan resultados positivos, o por el contrario, pueden provocar graves daños a los miembros que han sido participantes dentro el conflicto.

Para poder intervenir en la aparición de esos conflictos, se puede incorporar la mediación sanitaria como método para resolver los problemas que se generan en el ámbito sanitario. Este debe realizarse a través de un tercero neutral, imparcial e independiente que será en el encargado de facilitar la resolución del conflicto a través del dialogo y la comunicación entre las partes involucradas.

5 Discusión-Conclusión

Los conflictos es una parte inevitable que surge en el ámbito profesional sanitario y en otros ámbitos. Cuando un conflicto se manifiesta, es importante saber iden-

tificar la causa e intentar buscar una solución consensuada y aceptada por las partes involucradas, ya que con este mecanismo conseguiremos que el conflicto genere aspectos positivos, lo que llamamos funcionales, ya que si se genera lo contrario puede afectar al bienestar y eficacia del profesional.

Para ello, la mediación sanitaria puede ser una muy buena opción para saber gestionar de manera correcta los posibles conflictos que puedan generarse en el ámbito laboral sanitario. Lo ideal sería acceder a esta “herramienta” de manera voluntaria para lograr una solución rápida, razonada y eficaz para poder resolver mejor y adecuadamente el conflicto.

6 Bibliografía

<https://www.sesamehr.es/blog/todo-sobre-la-resolucion-de-conflictos-laborales-tipos-y-gestion/>
https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_09.pdf
<https://www.ceupe.com/blog/proceso-del-conflicto.html?dt=1656493324444>

Capítulo 134

HERNIA INGUINAL (REPARACIÓN QUIRURGICA)

MARIA PAZ ORTEGA

1 Introducción

Una hernia es un saco formado por el revestimiento de la cavidad abdominal (peritoneo).

El saco pasa a través de un agujero o área débil en la capa fuerte de la pared abdominal que rodea el músculo, denominada fascia.

Tumoración causada por el desplazamiento de una viscera de la cavidad que la contiene. Las mas frecuentes son las de los órganos abdominales; se originan por existir en determinados puntos una debilidad congénita o adquirida de la pared abdominal. Según la topografía reciben distintas denominaciones: inguinal, crural umbilical, diafragmatica, etc.

Estrangulada: Aquella cuyo contenido es irreducible. Debe someterse a urgente operación quirurgica.

Hernia femoral: es una protuberancia en la pared superior del muslo, justo debajo de la ingle. Este tipo es más frecuente en la mujeres que en los hombres.

Hernia hiatal: se presenta en la parte superior del estómago. Una porción de la parte superior del estómago se adentra en el tórax.

Hernia quirúrgica o ventración: puede darse a través de una cicatriz si usted ha tenido una cirugía abdominal en el pasado.

Hernia umbilical: es una protuberancia alrededor del ombligo. Sucede cuando el músculo alrededor del ombligo no se cierra completamente después del nacimiento.

Hernia inguinal: es una protuberancia en la ingle. Este tipo es más común en los hombres. Puede bajar hasta el escroto.

Hernia de Spiegel: son aquellas que salen a través de un defecto de la fascia spigeliana. La mayoría aparecen por debajo del ombligo y lateral al mismo. El orificio herniario suele ser pequeño (1-3 cm) y su contenido habitual suele ser intestino o grasa del interior del abdomen.

2 Objetivos

-Identificar las complicaciones en la cirugía electiva de las hernias inguinales a propósito de un caso

3 Caso clínico

Varón de 40 años. Natural de Ecuador. Residente en España hace solo un año. Vive con su mujer y su hija y un hermano de este.

Antecedentes personales: hábitos no tóxicos (exfumador y exbebedor de vino y cerveza diarios).

Trabaja actualmente en la construcción desempeñando el cargo de peón de albañil, debido a su trabajo pasa demasiadas horas de pie levantado pesos y desarrollando muchos esfuerzos físicos.

No alergias medicamentosas. Infarto de miocardio en 2015 en Ecuador refiere que su padre padecía del corazón, y un familiar suyo había sufrido una angina de pecho. Se le detecta una pequeña protuberancia en ingle derecha.

Intervenciones quirúrgicas: Rotura de menisco, Rinoplastia.

Tratamiento habitual: Ácido acetilsalicílico, clopidogrel (Plavix), Ticagrelor (Brilinta), marfarina (Coumadin) y analgésicos para el dolor.

Enfermedad actual: Dificultad para caminar, tos y debilidad por motivo de la hernia inguino escrotal que padece y persiste tras varias semanas y solo mejora con la pauta de analgésicos.

Derivado desde atención primaria acude al servicio de urgencias para valorar por cirugía por la protuberancia pronunciada en la ingle derecha y con dolor, miembros inferiores ligeramente edematosos.

Exploración física: abdomen blando, no distendido con muchas molestias y claro dolor a la palpación en FII, sin defensa ni peritonismo. En región inguinal derecha a la palpación se aprecia tumoración dolorosa (refiere que su médico se lo había comentado en su centro de salud).

Paciente que acude por dolor abdominal en región periumbilical de varias semanas de evolución (exactamente no sabe precisar) que se hizo más intenso en la noche de hoy, impidiéndole caminar, que acompaña con náuseas matutinas con vómitos y disminución de la deposición. No sensación febril.

Tras analgesia pautada en urgencias refiere mejoría .

Consciente y orientado ,hidratado y colaborador.

TA:130/78 ,SAT96% ,peso 80 kilos .

Torax:Auscultación cardiopulmonar alterada.

Pruebas complementarias:Rx:abdomen, Ecografía o Tomografía computarizada (TC),ECG.Analitica.

4 Discusión-Conclusión

Una hernia inguinal o crural , no suele producir síntomas o únicamente producen sensación de peso a nivel de la ingle, sobre todo en periodos prolongados de bipedestación.

El diagnostico suele realizarse en base a la clinica y la exploracion fisica. Es importante que profesionales diferencien correctamente entre hernia femoral o inguinal, debido al mayor riesgo de encarcelación y estrangulación de la primera.

El tejido abultado se reintroduce en su pared abdominal tras la incision. Por intervención quirurgica abierta o bien por laparoscopia.

Hernias estranguladas y encarceladas, se lleva a cabo una intervención quirúrgica de urgencia en la que se saca el intestino del conducto inguinal.

Evitar hacer esfuerzos o levantar objetos pesados. Analgesicos con las indicaciones del cirujano.

Se espera con ello una recuperación total de 2 a 4 semanas aproximadamente

5 Bibliografía

-@MedlinePlusEes.

-A.D.A.M

-<https://www.sergas.es>

Capítulo 135

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

NATIVIDAD GEMA PÉREZ FDEZ DE QUERO

1 Introducción

A día de hoy en el Servicio de Urgencias, los profesionales de la salud que trabajan en él son de especialidades diferentes, por lo que, es importantísimo unir los diagnósticos y los tratamientos de cara a solucionar los problemas de los enfermos. Para ello, las decisiones se deben de tomar lo más rápidamente posible por el bien del enfermo. Muchas veces hay que simplemente mantener la vida del enfermo y otras muchas sólo se llega a un diagnóstico simbólico.

La mayoría de las veces los servicios de urgencias están saturados por enfermos que no presentan enfermedades o problemas graves. Por ello a la hora de la llegada de estos, hay que hacer una selección según su gravedad para atenderlos de la mejor manera posible. Según la gravedad tenemos:

- Agudo crítico: el enfermo necesita una que lo atiendan inmediatamente.
- Agudo no crítico: al no haber peligro para la salud del enfermo, puede ser atendido en poco tiempo.
- No agudo: en este caso el enfermo acude al servicio de urgencias y al no presentar gravedad, pueden atenderle en un periodo más largo de tiempo que la anterior.

Concepto de urgencia médica:

Para saber que es el concepto de urgencia médica, debemos tener en cuenta que el tiempo es el principal elemento.

Dos conceptos principales y básicos en urgencia médica:

- Emergencia: situación que aparece de manera violenta y necesita atención inmediata. Ejemplo de emergencia sería una parada cardio-respiratoria, neumotórax a tensión, etc.
- Urgencia: es una situación que se presenta de manera rápida pero no precisa una atención inmediata. Ejemplo de ello son: obstrucción intestinal, neumonía, tuberculosis, etc.

2 Objetivos

Proporcionar a los Técnico en cuidados auxiliares de enfermería unas pautas y patrones de actuación unificadas y conformes ante casos de urgencias hospitalaria, mediante la actualización de los conocimientos, dándoles las herramientas necesarias y explicar de manera sencilla y comprensible las funciones de los auxiliares de enfermería en urgencias.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Los enfermos pueden llegar a Urgencias por su propia voluntad, por derivación de su médico en el centro de salud o a través de los Servicios de Emergencias llamando al 112.

A su llegada al servicio de Urgencias, los enfermos, deben facilitar sus datos de identificación a los administrativos y los celadores (personal no sanitario) los acompañaran a la zona de triage, donde se les clasificara según su gravedad.

Una vez este clasificado el enfermo, el médico especialista lo atenderá siguiendo unos pasos:

Si los enfermos que acuden al servicio de urgencias presentan inestabilidad, vienen de manera crítica o tienen situaciones especiales, los profesionales de la salud se acomodarán a las circunstancias.

Pasos que seguir:

1. Se valorará primero al enfermo: se le preguntará cuál es el motivo por el que ha acudido a Urgencias, y se le revisará la Historia clínica del mismo para saber toda la información posible. Se tomarán las constantes vitales como tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
2. Se le examinará físicamente: esta debe ser lo más global posible.
3. Comenzaremos con el tratamiento: si es necesario de manera contigua.
4. Se llevarán a cabo pruebas adicionales: estas pruebas se harán respecto a los síntomas y signos que presente el enfermo. Gracias a las pruebas, estos resultados nos harán eliminar diagnósticos y llevar a cabo un tratamiento efectivo. A veces, ciertas pruebas requieren del consentimiento del enfermo o de la propia familia, y para ello deberán estar de acuerdo y firmarlo.
5. Se le facilitará al enfermo toda la información necesaria sobre su diagnóstico, pruebas que se van a llevar a cabo...

Al acabar de evaluar los resultados de las pruebas, decidiremos si el enfermo seguirá en observación, se ingresará, se le dará el alta o se le trasladará a otro centro.

Actividades para llevar a cabo por el técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería:

La Auxiliar de Enfermería en Urgencias:

El personal que trabaja en el Servicio de Urgencias tiene que ejecutar sus actividades con cautela, con seguridad y trabajar en equipo para que el enfermo se sienta tranquilo, seguro y con la libertad de expresarse.

Funciones de la TCAE en Urgencias:

- Colaborar con los celadores en la movilización y transporte de los enfermos que deben ser trasladados a los boxes en camillas. Los TCAE deben saber el funcionamiento de cada una de las camillas.
- Se le prestará ayuda, en caso de necesidad para vestir y desvestir al enfermo. En todo momento se salvaguardará su intimidad y se le facilitará un camisón.
- Se les proporcionará una bolsa de plástico para que el enfermo guarde sus pertenencias en ella.
- Se le hará la higiene en caso de necesidad.
- Antes de su exploración, se le preparará al enfermo para tal fin.
- Se tomarán las constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Estas deben ser observadas y valoradas por un médico.
- Los resultados de estas mediciones hay que apuntarlas en la gráfica conveniente, aunque hoy en día los hospitales tienen un programa informático donde se anotan.

Esta gráfica es un documento hospitalario donde se recogen los datos del enfermo, gracias a este documento, se observa la información y su evolución de manera rápida y eficaz.

Es un elemento que forma parte de la historia clínica del enfermo y que, por lo tanto, está ligada a la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos) en cuanto a privacidad, protección y preservación de la misma.

- Ayudar a los enfermos en caso de necesidad a darles las comidas y los medicamentos por vía oral, rectal o tópica.
- Controlar y reponer los boxes (junto la DUE) de medicamentos, material sanitario, lencería, etc.
- Reponer carro de curas, limpieza y revisión del carro de paradas, etc.
- Llevar al laboratorio muestras, tramitar solicitudes radiológicas, ecografías, resonancias, etc.
- Limpiar y mantener el material, instrumentos, monitores, etc.
- Ayudar a la DUE en todo lo que necesite; administrar medicamentos por vía parental, colocar sondas, enemas, recogida de muestras de esputos, orina, heces, plan de cuidados de cada enfermo, etc.
- Al ejecutar el cambio de relevo comunicar a los compañeros toda la información y las incidencias ocurridas en el turno.
- Supervisar y vigilar el estado del enfermo, si se producen cambios en la tonalidad de la piel, si tiene dolor.
- Informar con respecto a ingesta de alimentos, eliminaciones, si la comunicación con el enfermo es coherente o no, si es colaborador.
- Rellenar los documentos oficiales.
- Mantener el secreto profesional.
- Informar al enfermo y acompañantes de la ubicación del servicio, sobre la normativa del centro; derechos y obligaciones de los enfermos, régimen de visitas.
- Daremos al enfermo una pulsera identificativa, que llevará puesta hasta que salga del centro.

5 Discusión-Conclusión

En la Unidad de Urgencias de un hospital trabajan sanitarios de muchos ámbitos y ofrecen una asistencia y una atención de calidad para atender las necesidades de los enfermos. En esta unidad se proporcionan cuidados de la salud y una asistencia médica para estabilizar al enfermo.

Por todo ello y según nuestra opinión el/la Auxiliar de Enfermería en Urgencias desarrolla unas actividades que son de gran importancia, ya que, estará pendiente

del enfermo y brindará los cuidados para contribuir a la recuperación de este.

El TCAE forma parte del equipo multidisciplinar y trabaja en cooperación con enfermería.

El auxiliar ofrece al enfermo un trato humanizado con una atención integral durante su estancia en el servicio de urgencias valorando sus necesidades.

El equipo planifica y ejecuta sus cuidados hasta que sea trasladado a planta, dado el alta médica o trasladado a otro centro.

6 Bibliografía

1. MaryBecka jun 12, 2020. Presentación Urgencias. Ubicación Scribd.

2. Juan Barrientos Saldaña Apr 13, 2013. Funciones del Auxiliar de Enfermería. Ubicación Scribd.

3. Almudena Mei Nov 05, 2017. Acogida de Enfermos en el Servicio de Urgencias. Ubicación Scribd.

4. Marta Valero Aug 23, 2019. Urgencias. Ubicación Scribd. <https://revistamedica.com/papel-tcae-urgenciashospitalarias/#::text=El%20TCAE%20colabora%20en%3A%201%20Su%20transporte.%20>

Capítulo 136

TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN UCI

MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ

MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA

MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ

FRANCISCA LUZÓN SELVA

MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una zona del hospital que por lo general se encuentra ubicada de forma estratégica, ya que esta se encuentra de forma independiente y a su vez tiene un acceso directo y rápido al resto de servicios del hospital.

La función principal de esta unidad tan especializada se basa en un apoyo constante al paciente proporcionándole a este unos cuidados de calidad según las necesidades requeridas del mismo. Esto se consigue mediante un trabajo en equipo entre todo el personal del que se compone la Unidad de Cuidados Intensivos específicamente formado y entrenado para esa unidad en concreto.

En la recepción del paciente se debe seguir un protocolo previamente establecido para asegurar así que la llegada del mismo sea correcta, ya que son pacientes que

por lo general se encuentran sujetos a gran cantidad de aparatos y dispositivos y además son enfermos inestables, por lo que además de estar avisada la unidad previamente, a la llegada de paciente todo el personal que cuidará del mismo debe estar presente.

Las funciones del auxiliar de enfermería en la recepción del paciente en la UCI son bastante importantes, puesto que es quien se encarga de realizar diversas comprobaciones que posteriormente explicaremos

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería como realizar una correcta recepción de un paciente en UCI

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

A la llegada del paciente a la UCI, el auxiliar de enfermería deberá realizar la comprobación de la orden de ingreso del paciente y la presencia de su historia clínica junto con las demás pruebas complementarias realizadas previamente.

Una vez realizadas las pertinentes comprobaciones y asegurarse de que todo está correcto, se procederá junto con el profesional titulado en enfermería y el celador a la colocación del paciente en la cama habilitada para su ingreso en UCI.

Las funciones del técnico auxiliar de enfermería son las siguientes:

-Si el paciente se encuentra consciente se le informará previamente de todos los movimientos que se van a realizar.

1. Retirar la ropa para desvestir al paciente junto con la ayuda de un celador.
2. En el caso de que el paciente lleve puesta un sondaje vesical, se conectará la sonda al colector.
3. En el caso de que el paciente lleve una sonda nasogástrica, dependiendo de las indicaciones prescritas del facultativo, esta se conectará a una bolsa a un sistema

de aspiración.

4. Se retirarán las prótesis y joyas que el paciente pueda portar, que serán entregadas a la familia junto con el resto de pertenencias del mismo.

5. En caso de que el paciente tenga esmalte en las uñas, se encargará de quitarlo.

6. Se informará a la familia de las normas de la unidad como son el horario de visitas, el uso de bata y mascarilla obligatorio en toda la unidad... y además, en caso de que entre las pertenencias del paciente haya objetos de valor, se anotarán y se les hará firmar la entrega de los mismos.

7. Una vez el paciente este ya situado, se permitirá a la familia entrar para verle.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería las funciones que realiza este ante la recepción de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Sabemos que es importante seguir las pautas que se encuentran bien definidas previamente; Como auxiliar de enfermería, se encargará de los cuidados básicos del paciente con la ayuda del celador, pero además se encargará de ayudar al resto de personal de enfermería cuando lo requiera.

Es importante el conocimiento de este protocolo como auxiliar de enfermería para la adecuada recepción ante un ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

6 Bibliografía

1. SECI (Servicio extendido de cuidados intensivos): Mirando fuera de la UCI - Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España (Agosto - Septiembre 2011) <https://www.medintensiva.org/esseci-servicio-extendido-cuidados-intensivos--articulo-S0210569111000891>
2. ¿QUÉ ES LA UCI Y CÓMO ACTUAR CUANDO UN FAMILIAR ESTÁ INGRESADO EN ESTA UNIDAD? - Grupo recoletas (25 septiembre, 2019) <https://www.gruporecoletas.com/noticias/que-es-la-uci-hospital>

Capítulo 137

EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO

MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ

MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA

MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ

FRANCISCA LUZÓN SELVA

MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Un quirófano es una zona independiente y aislada de un hospital en la que se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención quirúrgica.

En esta área también se incluye una zona exterior dedicada a la preparación preoperatoria y a la reanimación inmediata tras la cirugía.

El objetivo de los quirófanos es ofrecer un marco potente a todas las intervenciones, electivas o urgentes, para los pacientes presentando afecciones quirúrgicas reguladas o urgentes.

El quirófano es un espacio cerrado completamente independiente del resto del hospital por medio de una serie de separaciones con las estructuras exteriores.

Este permite la atención global e individualizada de los pacientes mediante un equipo interdisciplinario de profesionales sanitarios.

Los miembros que integran este equipo en todos los actos que se hacen bajo anestesia son:

- Anestelistas.
- Médicos cirujanos.
- Radiólogos.
- Gastroenterólogos.
- Neumólogos.
- Personal de enfermería de quirófano.
- Auxiliares de enfermería.
- Instrumentadores quirúrgicos.
- Camilleros, etc.

Debe ocupar un lugar central debido a una evidente necesidad de estar cerca de algunas estructuras de acogida o de hospitalización así como los servicios médico-técnicos.

El área del quirófano se divide en 3 zonas principales:

- Zona negra: es la primera zona que funciona como zona amortiguadora de protección, en ella se encuentran las oficinas, los baños, vestuarios.
- Zona gris: en el que se requiere llevar el uniforme completo (bata, gorro, mascarilla...)
- Zona blanca: que sería la sala de operaciones propiamente dicha.

2 Objetivos

- Conocer e indicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el quirófano de los centros hospitalarios

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE como miembro del equipo, realiza su trabajo en coordinación y bajo la supervisión de las enfermeras apoyando su actividad, actividades de limpieza, reposición y colocación del material necesario. Por lo que son muy importantes las tareas que realiza el TCAE en el quirófano.

Será el encargado de preparar el quirófano reponiendo todo el material necesario fungible que fuese necesario, colocará el mobiliario y aparataje quirúrgico antes y después de la intervención, preparará y comprobará al menos el sistema de aspiración conectado a vacío que será utilizado durante la inducción anestésica o durante la cirugía, colocará el equipo textil-desechable, lavado quirúrgico y cajas de instrumental.

Durante la cirugía el TCAE proveerá el material necesario que le sea solicitado y ayudará en todo lo necesario al personal de enfermería en aquello que ellos requieran.

Una vez finalizada la intervención retirará todo el material desechable utilizado en el proceso, limpiará todo el mobiliario quirúrgico con un trapo húmedo usando una solución de detergente o desinfectante. Preparará el material para su esterilización. Con las acciones de desinfección y esterilización mejora la calidad y rapidez de las intervenciones haciendo que sea menor la probabilidad de que el paciente esté expuesto a todo tipo de infecciones. Tras la intervención, el TCAE también será el responsable de los cuidados, junto con los enfermeros/as, durante el tiempo que el paciente permanezca en el hospital hasta su recuperación.

El papel que desempeña el TCAE es muy importante debido a que tiene siempre contacto directo con el paciente. Y una vez que se encuentre todo limpio prepara el quirófano para la siguiente intervención.

El TCAE junto con el profesional enfermero se encargan de informar a los familiares y pacientes sobre las dudas que presenten, una buena preparación del organismo (nutrición, eliminación, oxigenación e higiene), movilizaciones, cuidados preoperatorios y postoperatorios, adecuada higiene del paciente antes de la intervención quirúrgica con jabón antiséptico, preparación de la cama hospitalaria, vigilar que el paciente no ingiera alimentos antes de la intervención quirúrgica y tras la intervención controlar el tipo de dieta que este vaya a tolerar, la colocación de enemas si es necesario, apoyo psicológico tanto al paciente como a la familia, etc

5 Discusión-Conclusión

El personal TCAE es un miembro muy importante del equipo quirúrgico, ya que gracias a las tareas que estos realizan se ha conseguido que las operaciones se realicen con mayor agilidad y que los profesionales hagan su labor con toda seguridad colaborando con ellos.

Proporciona cuidados de calidad a los pacientes haciendo que se sientan acogidos para facilitar su estancia durante el periodo de tiempo que permanezcan ingresados reduciendo su estrés o ansiedad. Los profesionales TCAE deben saber cómo actuar con los pacientes en éste ámbito y valorar la importancia de las funciones del TCAE en este entorno. En mi opinión, además de adquirir conocimientos técnicos para controlar y manejar los nuevos avances que cuentan en quirófano, también deben de estar dotados para proporcionar una atención individualizada y humanizada al paciente, a pesar que durante la intervención, esté bajo anestesia, el apoyo antes, durante y después de la cirugía es imprescindible para que ésta se lleve a cabo con la mejor eficacia.

6 Bibliografía

1. Gómez JC, Sánchez M, Valdés J, Capitán LC, Del Nozal M, Oliva F. Importancia de la calidad del informe de alta en la gestión de una unidad clínica quirúrgica. *Rev. Cirugía española*. 2013;91
2. Sally A. Aspectos legales de la documentación de enfermería. *Nursing* 2007;25(1)
3. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44:166-203. Incluida en el Suplemento de la *Rev. Calidad asistencial*. 2001. suplemento no 1. (16).2
4. Kelleys E. Aranaz J. Safety Data for Safer Care: The Importance of International Consensus and Action. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22(6):317-326.0.
5. <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-perioperatorio/>
6. Técnicas básicas de enfermería McGraw-hill, cuidados perioperatorios
7. Enfermería médico-quirúrgica. Generalidades. Editorial MASSON
8. https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_4.htm
9. https://saluddigital.ssmso.cl/wp-content/uploads/2019/03/Proceso_QX_ssmso_v.1.0.2.docx.pdf

Capítulo 138

TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA COVID-19

MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ

MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA

MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ

FRANCISCA LUZÓN SELVA

MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La pandemia de Covid-19 es una pandemia derivada de la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2. En la ciudad de Wuhan se detectó el primer caso en diciembre de 2019, cuando se dieron muchos casos en un grupo de personas con una neumonía desconocida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo reconoció como una pandemia el 11 de marzo de 2020.

El virus se transmite generalmente de persona a persona a través de pequeñas gotas de saliva, conocidas como microgotas de Flugge que se emiten al toser, al hablar o espirar. También los llamados aerosoles, que se da cuando las personas entran en contacto cercano y al tocar una superficie contaminada.

Entre los dos y 14 días aparecen los síntomas que es el periodo de incubación de la enfermedad, donde hay un promedio de cinco días desde la exposición del virus.

Existen evidencias limitadas donde se sugiere que el virus podría transmitirse entre uno o dos días antes de que una persona tenga síntomas.

Este contagio se puede prevenir con el frecuente lavado de manos o en su caso con la desinfección de las mismas con gel hidroalcohólico, cubriéndose la boca al estornudar o toser, con el uso de un pañuelo o en su defecto con la parte hundida del brazo opuesta al codo y evitando tener contacto cercano con otras personas. Hay otras medidas que son bastante eficaces como puede ser el uso de la mascarilla. La OMS a principios de marzo desaconsejó el uso de la mascarilla por la población, pero en el mes de abril se dieron cuenta de que era una medida aceptable por el cual se reduciría la exposición del virus.

Durante la pandemia los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería (TCAE) se volvieron piezas importantes en la transformación del sector sanitario y sobre todo en la atención del paciente Covid, debido a su formación profesional específica, la vocación que tienen y sobre todo por ese trato humano hacia los demás

2 Objetivos

Exponer las funciones de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) durante la pandemia y con pacientes positivos en covid

3 Metodología

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

4 Resultados

En todos los hospitales las unidades de vigilancia de la salud desarrollaron protocolos de investigación y notificación, asesoramiento y recomendaron que hacer en caso de ser contacto estrecho con algún caso de Covid-19 durante la exposición del mismo.

Lo que se pretende con todos los protocolos establecidos es que todos los profesionales mantengan unas pautas establecidas y que estos se ejecuten.

Durante la pandemia se hizo de vital importancia la minimización posibilidad de contagios por Covid-19, en todas partes sobre todo en los hospitales. A los TCAE se les darían todas las herramientas formativas para que pusieran en marcha todas las medidas preventivas, tanto con los pacientes como con los profesionales. Por lo tanto a partir de ese momento el trabajo más importante del profesional TCAE en la lucha contra el virus era evitar que hubiese accesos innecesarios a las habitaciones de las plantas, unidades de cuidados intensivos (UCI). Razón por la cual se adaptaron necesidades asistenciales para la distribución de comidas, aseo de los pacientes, toma de constantes y administración de medicación.

Para ello se les doto de todas los equipos de protección individual (EPI) para su seguridad como la del paciente, que se componen de guantes, batas, mascarillas y gafas. Cada TCAE, utilizaría de manera escrupulosa todo ese material, tanto para cualquier limpieza del mismo como para el aseo o la higiene propia y del paciente, al igual que para los aparatos médicos y sanitarios utilizados en la habitación o estancia médica.

La formación que reciben los TCAE es muy importante. La preparación del Auxiliar comprende situaciones sanitarias, psicológicas, puntualmente sensibles y transversalmente humanas. Son capaces de asistir a pacientes de grandes temporadas en ingresos hospitalarios, residencias, clínicas como incluso en el propio domicilio. Son capaces de hacerlo incluso en las situaciones más íntimas de cada uno, haciéndolo con la dignidad y profesionalidad que merece cada paciente.

Durante los últimos meses, el hecho de ejercer de TCAE ha sido un riesgo. Un riesgo puesto que los verdaderos lugares de la zona zero de la pandemia fueron su lugar de trabajo, como fueron hospitales, residencias, centros asistenciales.

Pero esos mismos lugares donde los auxiliares demostraron que incluso en estas circunstancias el trato humano estaba por encima de todo.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia de la Covid-19 desbordó el número de ingresos hospitalarios. Esta situación crítica y emergente supuso un gran reto en la reorganización de los servicios sanitarios y no sanitarios de los hospitales, la reestructuración de los espacios, la elaboración de documentos para apoyo clínico y de gestión, que dieran respuesta a todos los interrogantes que surgían relacionadas con el entorno de trabajo COVID-19 y la necesidad de crear y actualizar protocolos y procedimientos, que cubrieran todas las esferas de la atención en esta situación, con muchas exigencias dadas sus múltiples particularidades.

Los cambios en la atención de estos pacientes ingresado por el nuevo coronavirus

y debido a las características epidemiológicas y clínicas, hicieron de forma inminente la elaboración de protocolos de cuidados que ayudasen a los TCAE a desarrollar su actividad con la máxima seguridad y eficacia en la atención de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Documento técnico Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria. Ministerio de Sanidad, 19 de Mar del 2020 [consultado 28 Mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf
2. ECDC. Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings. February 2020 [consultado 28 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novecoronavirus-infection-prevention-control-patients-healthcare-settings.pdf>
3. 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.
4. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-cl>

Capítulo 139

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA FISIOLOGÍA DEL APARATO CARDIOVASCULAR

MARIA BELEN CARRO RUBIERA

1 Introducción

El aparato circulatorio está formado por el corazón, los vasos sanguíneos y la sangre.

El aparato cardiovascular es el encargado de transportar el oxígeno, el dióxido de carbono, los nutrientes (glucosa, aminoácidos, lípidos, etc.), los desechos metabólicos y otras sustancias (hormonas, medicamentos, toxinas etc.).

Debe existir un flujo continuo que llegue a todas las células, variando en el volumen y la distribución de sangre según las necesidades de cada zona del organismo en cada momento.

El aparato circulatorio está compuesto por el sistema cardiovascular, que transporta sangre del corazón a todo el cuerpo y a la inversa (por arterias, venas y capilares); y el sistema linfático, que conduce la linfa por los vasos linfáticos de forma paralela a los vasos sanguíneos hasta los ganglios linfáticos, donde se filtra y se eliminan los desechos que no precisa el organismo.

El corazón es el órgano principal del aparato circulatorio. Se trata de un músculo hueco y piramidal, de contracción involuntaria, que está situado en el mediastino medio, por detrás del esternón.

Funciona como una bomba aspirante e impelente que impulsa la sangre a todo el cuerpo. Internamente está dividido por el septo interventricular, que lo divide en dos cámaras independientes, izquierda y derecha.

2 Objetivos

Conocer, como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería, algunas cuestiones básicas relacionadas con la fisiología del aparato cardiovascular, para así comprender mejor su funcionamiento y mejorar nuestra formación y asistencia al paciente.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

● Fisiología de la bomba cardíaca:

El corazón se contrae y se relaja de forma consecutiva. Comprende el movimiento de sístole (contracción del miocardio auricular o ventricular), que envía la sangre de una cavidad a otra, o al exterior del corazón; y el movimiento de diástole (relajación del miocardio auricular o ventricular), una preparación para el llenado con sangre del retorno venoso.

El ciclo tiene cinco pasos:

- Sístole auricular: la aurícula se contrae y envía la sangre a los ventrículos a través de las válvulas auriculoventriculares.
- Sístole ventricular: contracción del ventrículo y cierre de las válvulas auriculoventriculares.
- Eyección: la presión intraventricular expulsa la sangre a las arterias a través de las válvulas semilunares.
- Diástole auricular: sucede de forma simultánea a la contracción del ventrículo. La aurícula se relaja y se llena de sangre del retorno venoso.

- Diástole ventricular: relajación del ventrículo y llenado de sangre.

- Fisiología del sistema cardionector:

Para que se produzca la contracción periódica del músculo cardíaco es necesario un sistema especial que genere impulsos eléctricos. Este sistema recibe el nombre de cardionector, y está formado por células encargadas de producir la excitación y conducción del corazón. El impulso cardíaco nace en el nódulo sinoauricular o seno, también conocido como el “marcapasos natural del corazón”.

Se desplaza por las fibras musculares de ambas aurículas, provocando el inicio de su contracción.

Después, la velocidad de conducción aumenta a lo largo del Haz de His y de este a las fibras de Purkinje, hasta ambos ventrículos, primero el derecho y luego el izquierdo, provocando su contracción.

- Fisiología del sistema vascular:

- Circulación mayor, sistémica o general: lleva sangre oxigenada desde el corazón a los tejidos periféricos. El recorrido comienza en el ventrículo izquierdo del corazón, pasa por la arteria aorta y sus ramas hasta el sistema capilar. En los plexos se forman las venas que contienen sangre pobre en oxígeno. Desembocan en una de las dos venas cavas (superior e inferior) que drenan en la aurícula derecha del corazón.

- Circulación menor, pulmonar o central: la sangre pobre en oxígeno parte desde el ventrículo derecho del corazón por la arteria pulmonar que se bifurca en sendos troncos para cada uno de ambos pulmones. En los capilares alveolares pulmonares la sangre se oxigena y se reconduce por las cuatro venas pulmonares que drenan la sangre rica en oxígeno en la aurícula izquierda del corazón.

La inervación del sistema vascular depende del sistema nervioso autónomo y sus dos subsistemas, simpático y parasimpático. Actúan sobre los receptores de las paredes de los vasos, y pueden provocar:

- Vasoconstricción: el vaso sanguíneo disminuye su luz, reduciendo el flujo de sangre.

Esto puede ayudar a conservar el calor.

- Vasodilatación: el vaso sanguíneo aumenta su luz, incrementando el flujo. En la regulación de calor, ayuda a reducirlo.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la realización de esta revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente hemos podido conocer mejor como funciona cada parte del aparato cardiovascular, lo que nos será de gran ayuda como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para poder detectar en nuestros pacientes signos y síntomas de alarma cuando algo no funciona como es debido.

Comprender como funciona el organismo del ser humano es parte esencial de nuestra formación y para poder ofrecer los mejores cuidados al paciente enfermo que se encuentra ingresado dentro de un centro hospitalario o acude a los servicios de urgencias para una atención inmediata por un problema grave de salud.

6 Bibliografía

- 1- Fisiología cardiovascular en el ser humano - Slideshare- https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://es.slideshare.net/munevarjuan/fisiologa-cardiovascular-en-el-ser-humano%23::text%3DFISIOLOGIA%2520CARDIOVASCULAR%2520%25E2%2580%25A2%2520El%2520sistema,vasos%2520sangu%25C3%25ADne%2520y%2520la%2520sangre.%26text%3DSu%2520funci%25C3%25B3n%2520consiste%2520en%2520proporcionar,productos%2520de%2520desecho%2520del%2520metabolismo.&ved=2ahUKEwiyreY5974AhUCP-wKHVEfA1UQFnoECA0QBQ&usg=AOvVaw1nfnCxDqzTJpMaBHES_p1f
- 2- <https://ajibarra.org>
› post › anatomia...
Anatomía Y Fisiología Del Sistema Cardiocirculatorio
- 3- <https://www.ugr.es>
› Sistema ...PDF
Sistema Cardiovascular
- 4- <https://medicina.uc.cl>
› uploadsPDF tema 1. fisiologia cardiovascular - Escuela de Medicina UC
- 5- <https://ocw.unican.es>
› viewPDF
Fisiología Humana - Universidad de Cantabria

Capítulo 140

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

AINHOA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Un herido politraumatizado es todo aquél que presenta dos o más lesiones traumáticas que afectan a dos o más órganos o sistemas, y al menos alguno de ellos le supone un riesgo vital.

En el paciente politraumatizado la rápida y correcta valoración de los signos vitales y otros parámetros como las pupilas, piel, relleno capilar, ..., son imprescindibles para la valoración, tratamiento y cuidados específicos que necesita cada paciente, por ello la formación de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería para el manejo de pacientes politraumatizados ha de ser muy específica en cuanto a: Conocimiento del material y técnicas, medidas de asepsia, seguridad, y prevención de riesgos; todo ello en base a lo imprescindible que resulta la prestación de unos cuidados de calidad a los pacientes en esta situación y teniendo la capacidad de hacer frente a una urgencia o emergencia en este tipo de pacientes, puesto que en un porcentaje muy elevado cualquier tipo de intervención que haya que llevar a cabo consistirá en una cuestión vital para el paciente dada la gravedad que puedan tener las lesiones, teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, por lo menos con una de las lesiones que tenga el paciente se verá comprometida su supervivencia.

Es muy importante la formación y actualización específica de los técnicos en cuidados de enfermería puesto que este tipo de pacientes serán vistos por diferentes facultativos especialistas en función del tipo de lesión que tengan y en base al grado de supervivencia y recuperación que pueda tener.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante un paciente politraumatizado y como las desempeña.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando manuales específicos para la categoría y protocolos de distintas unidades de hospitalización a nivel nacional, así como artículos académicos relacionados con la materia a tratar y búsqueda en bases de datos como PubMed, Medline, EbscoPorQuest, Scielo, entre otras.

4 Resultados

Una vez analizados y comparados los datos obtenidos en la búsqueda efectuada, se puede concretar diciendo que los principales cuidados que un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá proporcionar a los pacientes politraumatizados van a ser:

- Preparar la unidad de paciente con el fin de poder brindar el soporte vital necesario teniendo en cuenta que los primeros minutos son decisivos para la vida del herido.
- Conocer la ubicación del material y aparataje que puedan ser utilizados por enfermería o por los facultativos.
- La recepción del paciente politraumatizado; identificación del paciente y de sus pertenencias, si las tuviera.
- Traslado y movilización del paciente: es el cuidado más importante ya que el traslado a la cama se debe realizar en bloque en la mayor parte de los casos, tanto para evitar lesiones raquimédulares, como para tratar de evitar que empeoren si ya existieran.
- Mantener medidas de asepsia y antisepsia para evitar infecciones.

- Mantener la higiene personal del paciente con el fin de evitar lesiones secundarias. La limpieza de la piel y las mucosas contribuyen a conservarlas sanas.
- Realizar aseo de la cavidad bucal con el fin de arrastrar la mayor cantidad de secreciones y poder evitar así la parotiditis infecciosa y la broncoaspiración en caso de pacientes con ventilación mecánica invasiva.
- Realizar un trabajo integral de todo el equipo de enfermería en lo relacionado con la preparación psicológica a los familiares, con el fin de disminuir el estrés y darle seguridad a la familia e información a cerca de los procedimientos que se deben realizar.
- Mantener la ética profesional, para garantizar la interrelación paciente, familia y equipo de salud.

La formación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante este tipo de pacientes ha de comprender varias áreas puesto que se tratará de una atención integral y multidisciplinar en donde diferentes facultativos de distintas áreas tomarán parte en la atención del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en cuanto a los cuidados ofrecidos al paciente politraumatizado, complementa a la perfección la labor desarrollada por el resto del personal de la unidad, tanto a nivel técnico como humano.

Un elevado porcentaje de estos pacientes padecen múltiples y diferentes lesiones que tendrán que ser tratadas por diferentes facultativos y profesionales sanitarios de diferentes áreas, por ello el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería será necesario que se complemente a la perfección con el resto de personal, celadores, facultativos, técnicos de rayos, puesto que será quien colabore y participe de forma activa en la atención al paciente.

6 Bibliografía

Carmen M, Colmenero A, Casado H. El auxiliar de enfermería en servicios especiales. (2010) Cuidados y asistencia al paciente en UCI. p 93-129.

Melgarejo Ávila D. Cuidados de Enfermería en el paciente politraumatizado. (2010) Manual de Urgencias para Enfermería. Madrid Arán. p.139-145.

Capítulo 141

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARIA CRISTINA GOMEZ ALONSO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe como urgencia sanitaria a “ la aparición imprevista e inesperada en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre”.

Cuando una persona llega al servicio de urgencias ha de pasar por una serie de servicios antes de que lo traten. Lo primero es ir al servicio de admisión en donde el paciente dará sus datos. Después pasará a la zona de triaje donde un enfermero/a le tomara las constantes y le preguntara por el motivo de consulta. A partir de ese momento es cuando el TCAE recibe al paciente, lo identifica, lo acomoda y si es preciso lo ayuda a vestirse y desvestirse. Es ahí donde el TCAE observa al paciente para tratar de proporcionarle al enfermero/a toda la información relevante como estado de la piel, úlceras por presión, heridas, si es autónomo, grado de dependencia, continente, etc.

En este área el trabajo ha de ser en equipo y tiene que haber una buena coordinación en donde todos los integrantes deben saber y conocer cuales son sus funciones. Este equipo esta compuesto por celadores/as, enfermeros/as, médicos/as y TCAEs.

En este servicio el TCAE debe poner en práctica todas las funciones que se desempeñan en el hospital debido a que es donde se dan todo tipo de diferentes patologías.

2 Objetivos

Dar a conocer el tipo de trabajo que realiza el TCAE en el servicio de urgencias, conocer el circuito por el que debe de pasar un paciente y el tipo de trabajo que se desarrolla.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica actualizada sobre el servicio de urgencias y las tareas que se llevan a cabo en el. Para ello he usado búsquedas en bases de datos médicas 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 específica a cada una de las bases de datos y motores de búsqueda citados con anterioridad.

Se utilizaron los siguientes descriptores: “urgencias”, “servicio de urgencias”, “urgencia sanitaria”.

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 2015 hasta ahora y se excluyeron los documentos que no estaban relacionados directamente con el tema.

4 Resultados

El personal debe de estar preparado e implicado para actuar ante cualquier complicación que pueda surgir. El Técnico en cuidados de enfermería estará pendiente hasta que sea dado de alta médica o trasladado a hospitalización. Tratará de que el paciente esté atendido lo mejor posible durante su estancia y que el traslado sea en las mejores condiciones posibles así como preservar y salvaguardar su intimidad.

Funciones del TCAE:

Recoger muestras de orina, heces, esputos, vómitos

Preparar el material necesario para practicar una técnica

Colaboración con el /la enfermero/a y/o médico/a para realizar dicho procedimiento

Responsable del instrumental que se utiliza, limpieza y envío a esterilización, así como su recepción y colocación a su llegada.

Revisión y reposición del material de los boxes y comprobación del aparataje

Realización de los electrocardiogramas

Administración de enemas de limpieza

Una vez sea dado de alta o trasladado al servicio pertinente, retirada de todo el material utilizado dejando el box preparado para el próximo paciente.

Todas estas tareas propias del TCAE tienen una especial relevancia. El paciente es con la persona que más contacto tiene, la cara más visible para él, por lo que nuestro papel, a parte de todas las tareas ya especificadas es intentar tranquilizarlos y consolarlos para una mejor atención. Hay que tener en cuenta que el paciente que acude al servicio de urgencias es porque en ese momento necesita que alguien lo atienda y le calme el dolor, por lo que en la gran mayoría de casos se encuentran en una situación de mucho estrés, malhumor, vulnerabilidad y poco aguante, así que debemos de saber lidiar con este elemento añadido que en muchas ocasiones supone un impedimento a la hora de realizar adecuadamente nuestro trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Para una correcta evolución del paciente en una situación de emergencia es indispensable la actuación y coordinación de todo el personal del servicio. El Técnico en cuidados de enfermería tiene que ser capaz de trabajar ordenadamente, transmitir seguridad y confianza, saber priorizar ante las diferentes necesidades del servicio.

Sabemos que no todas las emergencias son iguales por tanto saber lo que hay que hacer en cada momento anticipándonos a lo que el resto del equipo vaya a necesitar es una misión indispensable del Técnico en cuidados de enfermería ya que en momentos críticos el tiempo es crucial donde puede llegar a diferenciar como puede evolucionar la enfermedad e incluso salvar una vida o no.

6 Bibliografía

1. Rubiño Díaz JA, Pujals Mas M, Cruz Perez R, Bardal Flórez V, Díaz Molina M, Palma Oliver S. Repercusión de la luz y ruido sobre el sueño/ descanso en los pacientes hospitalizados. Evidentia.2019; Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e12425> [acceso: 10/07/2020]
2. Cardona Ruiz AM. Cuidado informado para el bienestar de los pacientes de la unidad de cuidado intensivo en la necesidad de descanso y sueño: Proyecto para especialista en cuidado crítico adulto [trabajo final de especialización en internet]. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2010. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/3840>

[acceso 09/07/2020]

- 3.Hedges C, Hunt C, Ball P. Quiet time improves the patient experience. *J Nurse Care Qual.* 2019; 34(3): 197-202. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000363
- 4.Martínez Nicolas A, Madrid JA, Rol MA. Day-nigth contrast as source of health for the human circadian system. *Chronobiol Int.* 2014; 31(3): 382-393. doi: 3109/07420528.2013.861845
- 5.Angland S, et al. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing* 22: 134-139, 2014.
- 6.Ortells Abuyé N, et al. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global* 30: 196-207, 2013.

Capítulo 142

EMERGENCIAS SANITARIAS

ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA

1 Introducción

Los primeros auxilios consisten en la atención inmediata que se le da a una persona enferma, lesionada o accidentada en el lugar de los acontecimientos, antes de ser trasladada a un centro asistencial u hospitalario. Son medidas terapéuticas urgentes que se aplican a las víctimas de accidentes o enfermedades repentinas. Los principales casos que requieren asistencia de primeros auxilios son asfixia, fracturas, quemaduras, traumatismos y hemorragias. Nuestra actuación debe ir encaminada a realizar maniobras sencillas para evitar lesiones, puesto que no somos médicos. No obstante, en ocasiones, por diversas causas, la respiración y la circulación de una persona se interrumpen de forma brusca, inesperada y potencialmente reversible. Esa interrupción se conoce con el nombre de parada cardiorrespiratoria (PCR). Si esta situación se prolonga durante algunos minutos, la persona que lo sufre muere porque sus células dejan de recibir oxígeno y alimento. El cerebro no resiste esta situación más de 4 ó 5 minutos y por este motivo es importante actuar de forma inmediata.

Esta primera asistencia facilita que las lesiones sufridas no empeoren y la evolución de la persona accidentada dependerá de esta actuación. Es fundamental que cualquier ciudadano tenga un mínimo de conocimientos acerca de conceptos básicos de primeros auxilios, ya que la mayoría de accidentes ocurren inesperadamente y su resolución depende de lo que ocurra en los primeros minutos, hasta la llegada de un profesional, particularmente en lo relativo a lesiones que afectan las funciones vitales, como problemas respiratorios y cardiocirculatorios. Asumir la responsabilidad de adquirir conocimientos de primeros auxilios, también es una manera de promover una cultura de prevención que ayuda a la población a

estar más protegida, ya que las técnicas de socorro en los primeros momentos de una emergencia son vitales.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa las emergencias sanitarias

3 Metodología

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.

4 Resultados

En el caso de los ciudadanos en general, lo primero que se debe hacer al encontrarse en una situación de emergencia o presenciar una es protegerse convenientemente y llamar al teléfono 112.

Mientras tanto, según el grado de conocimientos sanitarios que se tenga, puede procederse a tranquilizar a los afectados y averiguar su nivel de consciencia hablando con ellos y preguntándoles si están bien, qué les pasa, si oyen y ven correctamente, etc. Deben estar en una posición que les resulte cómoda.

Si el afectado está inconsciente, hay que comprobar que realmente lo está, sacudiéndole o gritándole si es posible, y colocarle en decúbito supino con ligera elevación de los pies. En el caso de las embarazadas, será en posición lateral izquierda.

Se comprobarán la respiración y el pulso del paciente. En el caso de que el afectado no respire, se procederá a su reanimación pulmonar. Si no tiene pulso, habrá que llevar a cabo la Reanimación Cardiopulmonar (RCP), comúnmente conocida como masaje cardíaco.

Si se sospecha que hay traumatismos de cráneo o columna, no se debe mover al afectado. De no ser así, la posición del inconsciente mientras se espera a la llegada de la asistencia sanitaria es la Posición Lateral de Seguridad (PLS). Hay

que controlar el vómito y evitar que la lengua caiga hacia atrás bloqueando la garganta.

También hay que saber diferenciar urgencia de emergencia. Una urgencia cuando la problemática debe resolverse inmediatamente, lo que implica una acción de resolución sin ningún tipo de demoras ante la dificultad presentada. En otras palabras, las urgencias médicas refieren a una situación en donde se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo, pero este no implica riesgo en la vida de los que la involucra ni genera peligro en la evolución de su afección.

Entre qué es urgencia y emergencia según la OMS radica una diferencia, y es que en las urgencias hay más tiempo para llegar al sitio para tratar el caso o derivar al enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales diferencias entre qué es urgencia y emergencia según la OMS es que, cuando hablamos de las urgencias nos referimos a una evolución lenta y que no necesariamente es mortal para el afectado. Mientras que, en una situación de emergencia corre peligro la vida del afectado o las funciones vitales de su organismo.

Otra de las incompatibilidades que presentan las emergencias y las urgencias es que, en los primeros casos la solicitud de ayuda no proviene del paciente afectado, porque obviamente este se encuentra en medio de una crisis, por lo que la persona que lo acompaña o alguien que se encuentre a su alrededor se encarga de solicitar la ayuda pertinente.

En casos de urgencia es posible que la ayuda sea solicitada tanto por el paciente afectado como por un tercero. Además, en el caso de las urgencias no se requiere de ayuda especializada inmediata, mientras que las emergencias sí las requieren dependiendo de la complejidad y situación del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 143

SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA EN LA FIBROMIALGÍA EXPUESTO POR EL AUXILIAR DE ENFERMERIA

ANGELICA CABALLERO GOMÈZ

MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ

LIA ZELFA ALTEZ OBISPO

MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ

DORA ELCY NARANJO CHICA

1 Introducción

La enfermedad de fibromialgia unido al síndrome de fatiga crónica son condiciones muy complejas y bastante heterogéneas, que se han caracterizado respectivamente por dolor en zonas músculo- esqueléticas de forma generalizada unido a fatiga de forma persistente, siendo esta incapacitante. No obstante , ni el dolor ni la fatiga se consideran específicos de los dos síndromes, y son otros los síntomas de diagnóstico, como las alteraciones que se producen en el sueño, los problemas del estado de ánimo, las cefaleas y las dificultades cognitivas, pueden existir en ambos casos (Fernández et al., 2009; Miró, Martínez, Sánchez, Prados y Diener, 2012; Sifuentes-Giraldo y Morell-Hita, 2017). En cuanto a su prevalencia, la fibromialgia se diagnostica con una media del 4% de la población mundial, y solo un 0,3% en el SFC (Natelson, 2019). Los síndromes

afectan principalmente a mujeres de entre 20 y 55 años en fibromialgia y de entre

20 y 40 años en SFC, y tienden a la cronicidad, provocando un alto grado de discapacidad y deterioro de la calidad de vida (Del Río, García y Botella; 2014; Fernández et al., 2009; Sifuentes-Giraldo y Morell-Hita, 2017). La etiología exacta de los síndromes es desconocida y se han propuesto como agentes que contribuyen a su patogénesis la desregulación del sistema nervioso central y las alteraciones inmunológicas, neuroendocrinas y psicológicas

2 Objetivos

Los objetivos de esta revisión sistemática es examinar la eficacia de los tratamientos multidisciplinar que han sido aplicados a pacientes con fibromialgia con síndrome de fatiga crónica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las siguientes bases de datos Medline, PsycInfo, Scopus y Cochrane Library en los meses de febrero a junio de 2022 con un total de 30 artículos de fibromialgia y cinco del síndrome de fatiga que han sido identificados.

4 Resultados

En la presente revisión sistemática se ha aportado una actualización de la evidencia científica que se ha encontrada sobre la eficacia del tratamiento multidisciplinar en fibromialgia y el síndrome de fatiga desde el año 1990 hasta la actualidad. Se han podido analizar 30 estudios del síndrome fibromialgia y 5 del síndrome de fatiga crónica, y respecto al principal objetivo de estudio, se concluye que, en cuanto a la heterogeneidad de los tratamientos multidisciplinarios, en un nivel de los componentes, duración y el formato, estos tratamientos han demostrado tener el abordaje más eficaz encontrado hasta ahora, comparándolo con un tratamiento médico habitual, mejorando los síntomas de la fibromialgia y el síndrome por fatiga.

Estos resultados no coinciden siempre, se halla en la fibromialgia sustentos principalmente en los ensayos controlados de forma aleatoria de los 30 estudios, donde se han producido en general con una mayor frecuencia una mejoría

tras tratamientos multifactoriales en funcionalidad, el dolor y estrategias de afrontamiento. Estas mejorías han persistido a largo plazo por lo menos en la mitad de las revisiones. Más variables con las que se han logrado mejorías tras los tratamientos multifuncionales hacen referencia a la ansiedad, fatiga, depresión, reinserción laboral, calidad de vida, apoyo social percibido, calidad de sueño, aptitudes físicas, autoeficacia percibida, costes directos, consumo de farmacología y duración del tratamiento sumando ciertos estudios cuasiexperimentales con indicios de efectos beneficiosos de estos tratamientos sobre el sistema inmunológico con incrementos metabólicos en las regiones del sistema límbico, hemos tenido en cuenta un menor número de estudios, porque cuatro de los seis artículos que hemos estudiado son ensayos controlados pero aleatorizados, Hay numerosas evidencias que las mejoras en la fatiga, depresión y calidad de vida se han mantenido a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta los resultados y las limitaciones que hemos descritos, podemos considerar que en la actualidad existe una necesidad sustancial de más investigación clínica con una mejor calidad en la metodología que pueda permitir definir un formato óptimo en la aplicación de los tratamientos multidisciplinarios y atribuir las distintas causas a los resultados de determinados componentes terapéuticos. También es necesaria mucha más investigación que pueda permitir una consolidación del valor con un pronóstico de las variables predictoras, moderadoras y mediadoras, para que se de un gran valor clínico al definir las características de estos pacientes que se pueden beneficiar de las intervenciones específicas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 144

MIGRAÑA Y ASOCIACIÓN CON TRASTORNO BIPOLAR EXPUESTO POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANGELICA CABALLERO GOMÈZ

MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ

MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ

LIA ZELFA ALTEZ OBISPO

1 Introducción

La migraña y el trastorno bipolar son enfermedades con una gran prevalencia en la población general y se han convertido en un gran problema de salud pública que supone grandes cantidades socioeconómicas. La prevalencia de la migraña anual en los adultos es de 10% (5% en hombres y 20% en mujeres); el impacto es, con frecuencia, infravalorado, por su naturaleza en forma de episodios y ala carencia de mortalidad que se es atribuida al trastorno. No obstante, puede llegar a ser incapacitante, y puede llegar a tener un impacto bastante considerable sobre actividades sociales y laborales pudiendo conducir a un consumo importante de farmacología y a una importante utilización de servicios médicos.

La Sociedad Internacional de Cefaleas ha descrito la migraña sin aura como una cefalea en forma recurrente, idiopática, manifestandose con ataques que duran de

5 a 72 horas. Contiene unas características típicas con localización unilateral, de carácter pulsátil, con intensidad moderada o aguda que se agrava por la actividad física rutinaria y se asociada a náusea, con fotobobia o sonofobia.

El DSM-V clasifica el Trastorno bipolar (TB) en TBP I, TBP II, y TBP no especificado. El TBP I tiene como condición la presencia de al menos un episodio maniaco o mixto, pero con bastante frecuencia se acompaña de episodios hipomaniacos, de episodios depresivos o no especificados. El episodio maniaco es requisito, que tenga la presencia de ánimo eufórico o irritable, al menos, de una semana, y una serie de criterios que acompañan: autoestima exagerada, disminución de dormir, verborrea, una fuga de ideas, distracción, un aumento de la actividad intencionada y/e implicación excesiva en actividades que son placenteras o que tienen un potencial para producir consecuencias graves.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es poder explicar la asociación que existe entre el debut del trastorno bipolar y la migraña.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos electrónicas Medline, Proquest y Lilacs, se ha usado las palabras bipolar disorder y migraine. Este proceso ha sido complementado con una revisión de las referencias de trabajos encontrados en las bases de datos para poder identificar artículos que pueden haber sido omitidos en una búsqueda inicial.

4 Resultados

La literatura encontrada acerca de la asociación entre migraña y el trastorno bipolar es escasa. Sólo se han dos estudios que evalúan la asociación de estos dos trastornos con una metodología de casos y controles, pero estos presentan problemas de validez interna, sobre todo en los instrumentos que se han utilizado para el diagnóstico.

Se han encontrado algunos estudios que al estudiar pacientes con trastorno bipolar vienen a mostrar gran prevalencia de la migraña; no obstante, no hay en estos estudios, un grupo control que pueda permitir evidenciar que pueda existir la asociación estudiada.

Existe un estudio poblacional de trastorno bipolar que si garantiza la generalización de resultados; pero , es dudosa esta validez en su diagnóstico tanto en la migraña como en el trastorno bipolar.

Otros estudios han examinado la prevalencia del trastorno bipolar en pacientes con migraña con una gran prevalencia del trastorno bipolar, pero no tiene un grupo de control. El estudio mejor diseñado que hemos encontrado, asocia e la migraña con un espectro bipolar, pero no con algún episodio maniaco, pero por el tamaño insuficiente de la muestra se puede mostrar diferencia significativa con algún evento tan raro como el episodio maniaco.

Una variable que puede llevar a confusión en todos los estudios puede ser el tratamiento del trastorno bipolar, se utiliza farmacología como ácido valproico, carbamazepina, carbonato de litio, antidepresivos que pueden o se cree ser efectivos contra la migraña y así ocultar su presencia.

La comorbilidad de TBP con trastornos de ansiedad puede ser la causa de la asociación de la migraña con el TBP (22-24), puesto que los trastornos de ansiedad presentan mayor prevalencia de migraña que la población general (29). Esto supone otro problema para la interpretación de los estudios.

Otra variable de confusión son los síntomas transdiagnósticos, es decir, síntomas que son compartidos por los dos síndromes, migraña y TBP, y entre ellos sobresale el episodio depresivo. En los criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor del DSM-IV-TR aparecen síntomas somáticos, como pérdida o incremento de peso, disminución o incremento del apetito, insomnio o hipersomnio, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía y habilidad para pensar o concentración disminuida.

5 Discusión-Conclusión

El análisis de las evidencias disponibles muestran que es necesario emprender nuevos estudios sobre las asociaciones de la migraña y el trastorno bipolar que pueda superar las deficiencias de los ya estudiados: la validez diagnóstica adecuada de la migraña y del trastorno bipolar con entrevistas estructuradas , tamaños de las muestrass suficiente para poder mostrar la asociación, con un grupo adecuado para la comparación y poder considerar los factores de confusión, como trastornos de ansiedad y el tratamiento del trastorno bipolar.

Habría que separar el tratamiento farmacológico que afecta la carencia de migraña para poder mostrar la asociación con el trastorno bipolar de forma fehaciente.

6 Bibliografia

- Breslau N, Rasmussen BK. The impact of migraine. Epidemiology, risk factors, and co-morbidities. *Neurology*. 2001; 56 (Suppl 1): S4-S12.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Mood disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ (editors). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/Clinical psychiatry*, 9 ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 534-90.

Capítulo 145

EL TRASTORNO DE ANSIEDAD EXPUESTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANGELICA CABALLERO GOMÈZ

MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ

MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ

LIA ZELFA ALTEZ OBISPO

DORA ELCY NARANJO CHICA

1 Introducción

La ansiedad es una de las emociones que surge ante las situaciones que pueden ser ambiguas, en las que se puede anticipar una amenaza o posible amenaza, y que puede preparar al individuo para actuar ante estas mediante alguna serie de reacciones cognitivas, que son fisiológicas y/o conductuales.

Los estados mentales de miedo se acompañan de determinados cambios fisiológicos que preparan al organismo para esta defensa o para la huida, estos pueden ser el aumento de la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la tensión de los músculos y la presión arterial, esto se suma al aumento de la actividad simpática como temblores, poliuria y/ diarrea. Estos cambios pueden ser respuestas normales ante

posibles situaciones de estrés. En algunas ocasiones, el estado de ansiedad no facilita una mejor adaptación, haciendo surgir falsas alarmas ante las posibles amenazas que realmente no son amenazas.

Hay criterios universales para los trastornos de ansiedad, estos se encuentran contemplados en las 2 clasificaciones de trastornos mentales que son más importantes: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación internacional de las enfermedades, en su undécima versión (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud. El DSM-V contiene 12 Trastornos por ansiedad y en el CIE-11 los trastornos neuróticos (o de ansiedad) están agrupados en los trastornos que se relacionan con el estrés y los trastornos somatomorfos.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es describir el trastorno de ansiedad haciendo una revisión sistemática para tener un mayor conocimiento de lo amplio de este trastorno.

3 Metodología

Para realizar esta revisión sistemática se han usado distintos buscadores bibliográficos como Pubmed y buscadores en google académico seleccionando 34 artículos de los cuales hemos extraído información suficientemente veraz para la realización de esta publicación haciendo referencia en la bibliografía.

4 Resultados

Los Trastornos de Ansiedad se resuelven con farmacología, terapia, o con un tratamiento mixto. Antes de iniciar un tratamiento, el psiquiatra debe determinar si los síntomas están siendo causados por un trastorno que es mental o por una enfermedad médica o algún tipo de sustancia. También es de forma relevante el identificar si el paciente presenta comorbilidad con otros trastornos que son psiquiátricos como la depresión, enfermedad médica o el abuso de sustancias.

Los pacientes con trastornos de ansiedad que reciben tratamiento de forma previa, deben informar a su psiquiatra, reportando si fue farmacológica o de terapia, incluye el tipo de farmacología, dosis iniciales, efectos secundarios y los resultados.

En el abordaje en su inicio en los centros de atención primaria, estos pacientes van a consulta en las primeras consultas de inicio de los síntomas, cuando puede ser posible que haya una mejoría con un diálogo y apoyo.

Se les ha de ofrecer explicaciones claras sobre los síntomas físicos que son propios de la ansiedad y para afrontar los problemas sociales que contribuyen a la persistencia del trastorno. La importancia y la trascendencia de las formas de presentación de los trastornos de ansiedad es fundamentalmente el impacto que tienen en la morbilidad y mortalidad del paciente, en la calidad de vida, en su deterioro funcional y en el posible uso de los distintos servicios sanitarios. Para un adecuado abordaje de estos trastornos se debe hacer una planificación del tratamiento que se componga de entrevistas estructuradas para poder conocer el motivo de consulta y las quejas que fueran principales, mentales y físicas, evaluación.

Las técnicas para el tratamiento de la ansiedad nos pueden permitir que el paciente controle sus preocupaciones y sus miedos haciendo uso de la distracción y de los cuestionamientos de las bases lógicas para poder sustituirlas por algunos modos que son más racionales del pensamiento.

En un adulto mayor tienen un gran valor el conjunto de procedimientos psicológicos que pueden facilitar el abordaje de la ansiedad para lograr el bienestar del mayor. El tratamiento farmacológico se tiene que emplear solo en los casos que vaya a resultar beneficioso.

5 Discusión-Conclusión

El trastorno por ansiedad es una respuesta de modo adaptativo a distintas y variadas situaciones de la vida que se pueden considerar normales. Se consideran patológicas cuando se producen ante estímulos que son inadecuados o no existen, y/o cuando la intensidad de los síntomas y/o duración de las respuestas ansiosas pueden superar los límites adaptativos. Los trastornos de ansiedad son síndromes en donde encontramos síntomas de ansiedad: físicos y mentales, que son importantes y persistentes, que no son secundarios a ningún otro trastorno. Es importante lo prevalente de estos trastornos, el sufrimiento y el deterioro de carácter funcional que se provoca en el paciente y su entorno, así como el costo social y económico que se genera.

Es necesario conocer los síntomas principales de los trastornos de ansiedad para una adecuada detección y un abordaje oportuno farmacológico.

6 Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
1ª Edición. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2020.
- Téllez Lapeira JM, López-Torres Hidalgo J, Boix Gras C, et al. Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. Rev Clin Med Fam. 2017; 2(2): 76-83

Capítulo 146

ESTRÉS LABORAL EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

ANDREA SUÁREZ DOS SANTOS

LAURA LLERA DIAZ

JESUS SOBRINO COIRA

LAURA ALONSO LÓPEZ

1 Introducción

Un importante número de estudio científicos reconocen que los profesionales de la salud son de los trabajadores que más sufren el estrés en el puesto de trabajo. Atender al dolor, a la muerte, a la enfermedad terminal... son situaciones con una alta implicación y gran carga emocional.

Por otro lado, el sentimiento frecuente de impotencia ante situaciones delicadas con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada, o muy poco, no puede sino generar estrés. Además, la toma de decisiones urgentes e inmediatas, muchas veces improvisadas, agrava aún más esta situación de desolación, de estrés y de impotencia.

Aunque haya diferencias entre los diferentes departamentos o unidades, estas son mínimas y las tasas de estrés en general en los profesionales sanitarios son muy elevadas en relación con otros sectores profesionales.

El modelo habitual para la estimación de los niveles de estrés en los profesionales es considerar las tasas de morbilidad y mortalidad en las diferentes profesiones. Así encontramos datos como que las tasas de suicidios en los médicos son tres

veces más elevadas que en la población en general, la tasa de cirrosis es igualmente tres veces más elevada y los accidentes de conducción dos veces superior. Las tasas de alcoholismo y de consumo de drogas también son más elevadas que las de la población en general.

Muchos estudios indican que el tipo de enfermos y de cuidados que se tienen que dispensar son las principales fuentes de estrés en estos profesionales.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es identificar los principales factores de estrés en las profesiones sanitarias, para poder gestionar y poner en marcha protocolos de actuación preventiva de acción rápida, en beneficio de una mejor calidad de vida de los trabajadores de la salud.

3 Metodología

Para cumplir nuestro objetivo hemos localizado documentos como estudios y trabajos sobre el estrés asistencial en los profesionales de la sanidad, en bases de datos de páginas especializadas de internet y en revistas de corte científico, para realizar una posterior revisión sistemática y exhaustiva y obtener los datos necesarios para nuestra investigación.

Las palabras claves utilizadas fueron: estrés, personal sanitario, factores de riesgo.

El periodo de publicaciones se limitó al intervalo desde el año 2014 hasta el año 2020, y se admitieron publicaciones nacionales e internacionales.

Se obtuvo una primera colección de 23 estudios identificados, que después de aplicarles unos criterios de inclusión/exclusión determinados, se redujeron a un lote de 8 estudios válidos para nuestra investigación.

4 Resultados

Se han presentado diferentes modelos para estudiar los factores de estrés en las diversas profesiones, que principalmente hacen referencia a los factores organizacionales y laborales de estas profesiones.

En el ámbito organizacional del sector sanitario, los estresores más reconocidos en la literatura internacional son el conflicto, la ambigüedad del rol, la sobrecarga,

la infrautilización de las habilidades, los recursos inadecuados, la escasa participación y el clima laboral. También se podría citar sin duda alguna, el propio estrés generado por la propia tarea asistencial.

Últimamente, aparece un estresor nuevo dentro del conflicto del rol, que es la preocupación por el gasto sanitario, la necesidad de atender al coste de la práctica médica y las nuevas estructuras organizativas. La presión económica se ha convertido en un factor de estrés importante de conflicto de rol. Por otro lado, las restricciones económicas a las que se ven sometidos los facultativos pueden fácilmente afectar su capacidad de decisión.

Por otra parte, la incertidumbre sobre los diagnósticos y la toma de decisiones correspondiente es otro importante factor de estrés en el colectivo sanitario.

La lucha contra los plazos impuestos por las organizaciones es un estresor muy importante para los profesionales sanitarios. El factor tiempo suele ser considerado como un alto índice de insatisfacción laboral en este colectivo. La fuente principal de estrés es la falta de tiempo para resolver las tareas que se deben de acometer.

Un posible moderador de estrés es la capacidad de autonomía que puedan tener estos profesionales en la toma de decisiones. Un bajo control personal de la situación asistencial es muy generador de estrés.

Recientemente, la preocupación y el miedo a la mala praxis o a su denuncia, por parte de los pacientes y familiares, es otro potente factor de estrés. Este miedo ha cambiado las actuaciones sanitarias que practican una asistencia sanitaria defensiva, una asistencia sanitaria de seguridades...

Varios recientes estudios identificaron cuatro estresores laborales altamente predictivos de la insatisfacción laboral y la falta de bien estar personal. Los cuatro factores detectados fueron las expectativas de los pacientes y las exigencias del propio trabajo, la interferencia del trabajo con la vida familiar, las constantes interrupciones del trabajo y las prácticas administrativas.

5 Discusión-Conclusión

La respuesta de estrés por parte del personal sanitario suele presentarse como consecuencia de una demanda excesiva que no puede manejarse adecuadamente. El profesional puede desarrollar recursos para controlar esta respuesta al estrés, pero de alto modo no son suficientes y este estrés van generando un cansancio, tanto físico como psicológico, que termina en agotamiento psíquico y físico en el profesional.

La prevención del estrés es el enfoque más eficaz, porque evita la aparición de

un deterioro que no siempre es subsanado una vez aparecido. La mayoría de los estudios indican el control del estrés en su inicio, en sus fuentes, es decir en los aspectos organizacionales del trabajo sanitario.

Algunos autores proponen protocolos como la variabilidad y la flexibilidad de la tarea, la necesidad de cambiar de tipo de actividad o el tipo de cliente al que se tiene que atender... que serían sumamente beneficiosos como factores preventivos del estrés en los profesionales de la salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 147

EL PERSONAL SANITARIO EN LAS FASES DEL DUELO EN PACIENTES PALIATIVOS

ANA MARÍA CARBAJAL PRIETO

PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ

MARÍA HERES FERNÁNDEZ

JOSE IGNACIO GOMEZ ORDOÑEZ

ALEJANDRA GARCIA JIMENEZ

1 Introducción

La comunicación en la fase del duelo de una persona son noticias desfavorables y no es una tarea grata ya que supone consecuencias negativas al paciente y familiares.

La familia es un importante apoyo de compañía para el paciente, les ayudan a disminuir el estrés. Cuando el paciente es diagnosticado y le empiezan a tratar la enfermedad pasan por varias etapas o fases que son las siguientes:

La fase sorpresa que es cuando el paciente se da cuenta que le ocurre algo y le aparecen los síntomas, se siente muy ansioso por lo que le pueda pasar.

La fase de rabia o frustración comienza cuando el paciente está consciente y su diagnóstico es irreversible y le es difícil aceptar la situación.

La fase de aceptación el paciente asume su enfermedad y el tratamiento a realizar, aunque no es fácil de asumir, se resigna y aceptan la enfermedad.

Los sanitarios como tcae, personal de enfermería, médicos y demás personal nos enfrentamos cada día a la dura tarea de comunicar malas noticias, por ello el profesional debe estar entrenado para manejar la información de manera adecuada, saber escuchar y ser escuchados , para llevar lo mejor posible unos buenos cuidados paliativos al paciente.

2 Objetivos

Identificar las fases del duelo en los pacientes paliativos o terminales y dar apoyo psicológico, emocional y espiritual al paciente y familia.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados paliativos o enfermedad terminal y se han utilizado palabras clave como: final de la vida, enfermo terminal, paliativos, cuidados, enfermería, etc..

4 Resultados

La contribución del papel de enfermería, para pacientes paliativos que están listos para quedarse en casa, es crear un ambiente de confianza y seguridad que brinde una atención integral y evite la sensación de abandono que pueden experimentar algunos pacientes cuando son dados de alta. Estos pacientes, en particular, necesitan escuchar las inquietudes del personal de salud y de los familiares sobre la enfermedad y las inquietudes sobre el tratamiento.

Debe observar su estado emocional y evaluar la necesidad de intervención y si es necesario. También es necesario evaluar la necesidad de notificación al médico en función del estado del paciente.

Algunas de las noticias más impactantes que suelen darse son:

- Comunicación de muerte inminente.
- Diagnóstico de enfermedad terminal.
- Diagnóstico de cáncer.
- Diagnóstico de enfermedad crónica.

- Diagnóstico de enfermedad degenerativa.
- Resultados poco óptimos de una operación, etc.

Los beneficios de comunicar una información de manera adecuada son:

- Mejorar el bienestar físico y psicológico.
- Mayor adaptación psicológica del paciente a la realidad.
- Verbalización de temores para aclarar dudas.
- Incremento de actitudes en el beneficio de la promoción de la salud.
- Mayor incumplimiento de objetivos terapéuticos.
- Participación en el proceso.
- Disminución de las conductas de ansiedad.
- Mantenimiento de una relación de confianza con el personal sanitario

El manual de trastornos mentales DSM-IV define el duelo como la reacción ante la muerte de una persona querida. El duelo, es el proceso por el que pasa una persona que ha sufrido una pérdida. La intensidad y las alteraciones que provoca va a depender de varios factores como:

- La relación emocional.
- La dependencia del ser querido.
- Las circunstancias de la muerte.
- El tiempo de preparación para la pérdida.
- Los recursos de los que dispone.
- Las reacciones ante la pérdida.

El duelo es un proceso normal siempre y cuando no se exceda demasiado. La duración es variable, algunos autores lo sitúan en una duración inferior a un año, mientras que otros autores consideran que la persona que ha sufrido una pérdida importante empieza a recuperarse a partir del segundo año.

Las fases del duelo se clasifican de la siguiente manera:

Fase I: Impacto, shock

Se inicia en el momento de la pérdida. Otros autores la denominan etapa de shock. Esto responde a un mecanismo de defensa ante un dolor psíquico y le puede dar confusión.

El proceso emocional es muy lento. Las características de la fase son:

Incredulidad

La persona no cree lo que está pasando. Se siente confuso y desorientado. Sueña con que todo es irreal, como si no hubiera pasado nada a soñar que todo es irreal y que no ha pasado nada y niega que tenga ansiedad o angustia.

Anulación psíquica

La persona se encierra en sí misma y prefiere no estar abierto a los estímulos internos (sentimientos, emociones, recuerdos...), es sensible a los estímulos que

les llegan de otras personas que no entienden la enfermedad y es golpeado muy fuerte y al final se decepciona, la memoria auditiva y visual la tienen muy activa y esto hace muy sensible a la postura y gestos, el tono de voz con el que le habla a los demás.

Confusión e inquietud

La persona tiene sensaciones de desorientación en las que puede no saber qué hacer, a dónde acudir, dónde quedarse, con quién hablar. La mayoría olvidan sus cosas, pierden objetos, tienen momentos de confusión pudiendo llegar a breves momentos de pérdida de orientación.

Episodios de angustia

La persona puede presentar episodios de gran intensidad de angustia. Son pequeñas crisis que aparece algunas veces al día.

Fase II:

La conciencia de la pérdida como lo son la Rabia y Culpa

La pérdida siempre está presente y genera sensaciones con mucha intensidad emocional, la angustia es menor y el sentimiento de dolor es más fuerte y la persona se siente peor. En ocasiones aparecen crisis de pánico que es lo normal en esta fase del duelo.

Fase III: Desorganización-Aislamiento

Tras el primer año, tras el fallecimiento, los sentimientos de dolor no desaparecen, pero éstos no se suelen relacionar directamente con el proceso de duelo, sino que se cree estar enfermando. Muchas personas la viven como la peor fase por la gran tristeza que sienten y lo suelen comparar con una depresión.

Fase IV: Afirmación de la realidad y Cicatrización

En esta fase comienza la aceptación emocional e intelectual de la pérdida, lo sentirá de otra forma y vivirá sin la angustia del principio.

Fase V: Renovación

Comienza cuando la persona consigue reorganizarse tras la pérdida de la persona querida y se ve de otra manera que mejora su autoestima y valoración por los que le han ayudado.

La actuación del técnico auxiliar de enfermería es ofrecer espacio para expresar el dolor, ayudar al paciente a que identifique los sentimientos y se acepte la realidad de la pérdida. Dar un significado normal a las respuestas que está teniendo, para no volverse loca y hacer un seguimiento a lo largo del tiempo que ha pasado, para ayudarle a reorganizar el tiempo libre que ahora tiene y poder apoyarse en otro tipo de situaciones como lo son las redes sociales

5 Discusión-Conclusión

Todo personal sanitario debemos enfrentarnos cada día a la dura tarea de acompañar a los familiares en el momento de las malas noticias, por ello el profesional debe estar entrenado para manejar la información de manera adecuada. El manual de trastornos mentales define el duelo como la reacción ante la muerte de una persona querida. Se debe ayudar a la persona a que acepte la realidad de la pérdida, para ello, es necesario escucharla todas las veces que sea preciso, sobre todo en los aspectos relacionados con la muerte. A lo largo de nuestra vida, todos pasamos por procesos más o menos dolorosos, según el tipo y la magnitud de la pérdida: pérdida de trabajo, ruptura de pareja, desahucio, muerte de un ser querido... y otros como hemos visto a lo largo de este artículo. Como nuestra relación con lo perdido, o el momento importante o emotivo en el que se produce la pérdida, debemos entender el duelo como un proceso lógico, sano y natural que nos lleva a superar y aceptar la pérdida, sabiendo que no es un proceso estándar, cada uno pasa por el proceso de duelo a su manera, no pierdas de vista que tiene unas características universales en las que se enmarcan distintas etapas, y traspasar esos límites puede volver patológico el duelo, requiriendo intervenciones más drásticas, incluso sanitarias. y profesionales sociales.

6 Bibliografía

1. Enfermería de urgencias. Técnicas y procedimientos. Jean A. Proehl. Elsevier, 2005.
2. Técnicas básicas de enfermería. G. Guillamas, E. Gutierrez, A. Hernando, M^a J.
3. Neimeyer. R. A. Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica (2007).
4. Jülicher, J Todo volverá a ir bien, pero nunca será como antes. El acompañamiento en el duelo. Ed. Sal Terrae (2004).

Capítulo 148

CUIDADOS GENERALES AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

JESÚS JAVIER CASTRO MENÉNDEZ

ALEJANDRA GARCIA JIMENEZ

MARIA CRISTINA RODRÍGUEZ MORÁN

MARÍA HERES FERNÁNDEZ

PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ

1 Introducción

El paciente politraumatizado es aquel que presenta una asociación de múltiples lesiones traumáticas externas e internas, que involucran uno o más órganos, son producidos por un mismo accidente y suponen, aunque solo sea una de ellas, riesgo vital para el paciente. Los traumatismos se han convertido en una pandemia por su alta tasa de morbilidad y secuelas secundarias. En las personas menores de 40 años el politraumatismo severo es causa de muerte.

Los traumatismos accidentales representan una de las primeras causas de mortalidad con mayor incidencia en accidentes de tráfico y accidentes laborales.

El orden en el cual es atendido el paciente es crucial, así pues la reevaluación continua del paciente en sus primeras horas de estabilización. La mitad de muertes producidas por el politraumatismo grave se producen antes de llegar al hospital y dentro de las muertes hospitalarias. Un 60% se da en las primeras 4 horas desde

la llegada a las urgencias hospitalarias. La rápida actuación por parte del equipo de urgencias evita muchas muertes.

El abordaje del politraumatizado requiere la actuación sistematizada. Podemos encontrar dos aspectos que no debemos de pasar en alto en el paciente politraumatizado:

No pasar nunca de una fase asistencial a otra sin haber resuelto el problema o al menos haber iniciado las medidas necesarias para hacerlo.

Nunca habremos de olvidarnos de hacer un a revaluación periódica ventilación y circulación. Siempre se debe comprobar de forma frecuente la efectividad de las medidas adoptadas hasta el momento.

2 Objetivos

Saber identificar los signos vitales y aprender a tener una rápida actuación para la valoración del paciente y realizar la cadena de supervivencia .

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados al paciente politraumatizado y se han utilizado palabras clave en la búsqueda como: traumatismo, politraumatismo, valoración, emergencia, sanitarios, etc..

4 Resultados

En el sistema integral de emergencias han de establecerse un orden de prioridad, desde que llega el primer enfermo y el equipo sanitario que asiste al sujeto. Es crucial el reconocimiento primario y secundario realizándolo de manera sistemática, constante y protocolizada, cumpliendo así la misión de evitar errores y omisiones en la valoración, tratamientos y los cuidados. Los profesionales sanitarios tememos que ser capaces de relacionarnos para poder coordinar y optimizar para con los pacientes nuestros esfuerzos.

Los cuidados deben ser integrados en el S.I.E. para que obtengan un esquema lineal, es decir, la continuidad; y no un esquema escalonado.

El centro de trabajo

El centro de nuestro trabajo debe ser el individuo y no las tareas que desarrollamos.

El paciente no cambia dependiendo de las instalaciones hospitalarias en las que se encuentre si no que puede verse variada sus necesidades y problemas debido al proceso de evolución o los recursos sanitarios que se disponen, pero nunca se le atribuyen a la persona.

Deben de existir Hojas de Enfermería que acompañen al paciente en todo momento, donde quede reflejada la información de cada cuidado de los pacientes, para constantemente ver sus resultados, optimizar y coordinar nuestros esfuerzos, para poder proporcionar una mayor calidad a nuestros clientes / pacientes, cubriendo mejor sus necesidades. El papel del Enfermero es primordial e imprescindible en la atención inicial al politraumatizado, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces.

Cuando el grado de asistencia es alto la calidad asistencial también lo es, de esta manera disminuye la morbimortalidad de los momentos posteriores.

Cuando atendemos a un politraumatizado debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales.

Hay que asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulatorio. Comprobamos lo siguiente:

Esto es el ¿respira?, ¿tiene pulso?, collarín cervical y oxigenoterapia, o si fuese necesario reanimación Cardiopulmonar (RCP) y desfibrilación. Se realiza una valoración de las constantes vitales; frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión arterial, pulsioximetría y monitorización del individuo si es posible. Debemos de valorar el color de piel, las pupilas y el nivel de conciencia.

Esta primera fase se denomina valoración 1ª.

En ella se identifican y valoran los problemas que comprometen la vida del paciente, para corregir estos de forma precisa e inmediata.

Es el ABC:

A.- Control de vía aérea y control cervical

B.- Respiración.

C.- Circulación con control de hemorragia.

D.- Discapacidad.-Estado neurológico.

E.- Exposición / Entorno.

La mayoría de los pacientes traumáticos con lesiones ortopédicas pueden someterse a una evaluación segura y organizada tal como la descrita por ATLS y recibir tratamiento definitivo en el hospital inicial. Si el hospital inicial no es un centro de trauma, la evaluación inicial del paciente debe incluir la consideración para la transferencia oportuna. Los pacientes traumatizados críticamente heridos y

aquellos cuyas lesiones exceden las capacidades de la institución local deben ser trasladados a un hospital apropiado, idealmente un centro de trauma. Incluso si se reconoce la necesidad de transferencia antes de completar la encuesta primaria, deben iniciarse las disposiciones para la transferencia.

La evaluación inicial y el tratamiento deben estabilizar al paciente lo suficiente para la transferencia. Imágenes y otras pruebas que no cambiarían la gestión inmediata sólo retrasar la transición al nivel adecuado de atención. Para las lesiones apendiculares, una reducción temporal y la fijación de lesiones obvias son apropiadas para aliviar el dolor, descansar los tejidos blandos y proteger la extremidad de lesiones adicionales.

5 Discusión-Conclusión

Definir cuáles las competencias y actuaciones de la enfermería en el medio extra-hospitalario, y cómo podemos adaptar el proceso de atención de enfermería, es la manera de darle valor añadido y hacer más significativa la profesión enfermera en los cuidados en el medio en el que se desarrolla. En el ámbito extrahospitalario es necesario otorgar la importancia del uso del lenguaje estandarizado así como, la aplicación de la metodología enfermera a sus limitaciones y peculiaridades. Se debe dar importancia al uso de un lenguaje estandarizado, así como a la aplicación de un enfoque de enfermería adecuado a sus limitaciones y características para una buena coordinación de todo el equipo que está atendiendo al politraumatizado.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública "Guía clínica Politraumatizado" <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/politraumatizado.pdf>
2. Perales Rodríguez de Viguri N. y Alted López E. El sistema nacional de salud ante los accidentes. Cirugía española 1991; 50/6: 417-426
3. Delgado Reyes M: A, Ruíz Berrio M, Sáenz Montoya X. Prioridades iniciales de enfermería en el paciente con trauma. Av. Enferm, Volumen 30, p. 118-134, 2012. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500
4. Aviña Valencia J, Control del daño. Volumen 4, Número 1 Ene.- Mar. 2016 medigraphic.com.

Capítulo 149

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS, REALIZADO POR TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO

NEREA DE LA CERA AMENEDO

MERCEDES GONZÁLEZ MARTINEZ

M^a ADELA GARCIA MENENDEZ

1 Introducción

Hasta el siglo XIX, aliviar las señales que indican una enfermedad fue la labor fundamental del procedimiento médico, puesto que las enfermedades progresaban de forma natural. Al entrar en el siglo XX hay una gran variación en la medicina, y sus esfuerzos se centran en descubrir las causas y también la sanación de las enfermedades.

Ha habido notables progresos técnicos y un incremento de la perspectiva de vida, pero existía un vacío tanto en medicina como en enfermería de como se debía tratar a los pacientes incurables y terminales, o sea a aquellos con un pronóstico de vida limitada.

Respecto a esto Pascual (2008), incide en rescatar el concepto de cuidar. En los 60 nace en distintos países un movimiento, que surge de las reacciones de los enfermos graves y terminales y de sus familias; cuyo propósito es aumentar el apoyo a los pacientes terminales; esta acción crea un antecedente y desafía a la medicina actual, la cual debe plantearse un cambio (Del Río y Palma, 2007).

Durante el 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye oficialmente el concepto de cuidados paliativos y fomenta "El programa de cuidados paliativos" el cual comparte el programa de control de cáncer.

Una de las descripciones que realiza la OMS sobre los Cuidados Paliativos data del año 2002; lo define como: cuidado eficaz y completo de los pacientes cuya enfermedad no responde a los tratamientos curativos; su base es aliviar el dolor y otros indicios adjuntos y considerados problemas mentales, sociales y espirituales.

Su finalidad es conseguir la máxima calidad de vida factible para pacientes y familias (Villa, 2011).

¿Cuándo se considera que un enfermo es terminal?

Saunders dice que, enfermo terminal, es quien afronta una muerte segura a corto tiempo, no superior a seis meses. Claman dice que, la fase terminal en pacientes con cáncer se da, cuando se les dictamina con veracidad, que el fallecimiento no es demasiado lejano y el trabajo médico cambia de ser curativo a paliativo. Gil et al. Dicen que, fase terminal, la definen como la circunstancia clínica que induce posibilidad de muerte en corto periodo de tiempo, presentándose como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas, cuando se acaban los recursos utilizables (Calvo, 2010).

El hospice o cuidados paliativos, nos ofrece un cambio en la forma de cuidar a una persona con enfermedad grave o terminal, desplazando el modelo de la cura hacia el cuidado. Hoy en día este tipo de servicio lo podemos encontrar en 116 país, siendo Estados Unidos el que más número de hospices oferta, este movimiento está encontrando problemas para ser introducido dentro del sistema de salud, pero está claro el gran interés que este movimiento está generando por todo el mundo (Boemer, 2009).

La asistencia paliativa u hospice son un tipo de cuidados de salud que aumentan la calidad de vida del enfermo con afecciones crónicas, debilitantes. No hay mucha literatura publicada que regule las peculiaridades y desarrollo de la asistencia hospice (León, Gonzalez y Enrique, 2017).

En las últimas cuatro décadas, los avances médicos ha logrado que enfermedades mortales puedan ser tratadas y la expectativa de vida aumenta día a día, pero no todo es positivo, este afán por alargar la vida también trae consigo otras conse-

cuencias, la capacidad de mantener con vida a veces puede ser un sufrimiento tanto para el paciente como para la familia. Esto nos plantea nuevas dudas éticas, ¿hasta dónde seguir alargando la vida a un paciente?, ¿cómo saber cuándo se debe parar y dejar ir al paciente?, nos llegan nuevas preguntas que no son fáciles de responder ni tampoco tienen una respuesta precisa (Antolín, 2002).

En los últimos años se ha realizado un incremento de los cuidados paliativos en el entorno familiar. Esto es causado primordialmente por el déficit de medios en el sistema sanitario. Además, se puede contemplar que las condiciones de esta asistencia son cada día más difíciles, por el incremento del tiempo de las enfermedades terminales, la falta de información que muestran las personas en cargadas del cuidado y la dificultad de este. Se quieren formar proyectos para informar a este tipo de cuidadores, a través de instrumentos de apoyo, adaptados a este tipo de cuidadores, para darles seguridad ante la asistencia que ofrecen en sus hogares (Cabeza y Calero, 2017).

Los cuidados en el hogar, del área de los Cuidados Paliativos necesitan una organización entre el sistema de salud regional, las instituciones de internación hospitalaria y el grupo de trabajo domiciliario.

Hay condiciones imprescindibles para que el enfermo pueda quedar en su hogar, realizando un papel primordial la familia y el ambiente social. Todos salen beneficiados, paciente, familia y también el sistema de salud, ya que se evitan hospitalizaciones largas y de mucho costo. Los hospitales están más preparados para curar que para cuidar a sus pacientes. La labor no es fácil, y se plantea un cambio de política sanitaria y una postura distinta de los entendidos de la salud, reconociendo la incurabilidad de algunas afecciones y los requisitos del enfermo terminal. (Fornells, 2000).

¿Por qué son necesarios los cuidados paliativos?

Se cree que para el 2025, un tercio de los habitantes en el mundo tendrá más de 65 años; las enfermedades crónicas son hoy en día, el motivo de muerte prematura en un 60% en todo el mundo (según la OMS) las enfermedades más importantes relacionadas con estas muertes son, enfermedades cardiovasculares y tumores malignos (cáncer).

El cáncer es uno de los más importantes problemas de salud, en los últimos años los avances técnicos, tanto en diagnóstico como en terapias, han ayudado a mejorar las expectativas de vida en estos enfermos, aun así las tasas de morbilidad y mortalidad siguen siendo elevadas.

Recibir la noticia de que padecer cáncer es difícil de asumir por el paciente; el camino que le queda por recorrer es desconocido, el miedo, la incertidumbre y la preocupación es normal que invadan a quienes lo padecen.

El cáncer es una enfermedad unida al dolor y la muerte. Desde el principio presenta frecuentemente muchos síntomas, los cuales son cambiantes y complejos. En Europa uno de cada cuatro ciudadanos muere por cáncer, en España es el segundo motivo de muerte (Pessini y Bertachini, 2006).

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) se ocupará de mantener la higiene personal del paciente, le procurará un ambiente agradable dentro de lo posible, manteniendo su habitación ordenada, ventilada, también se ocupará de su confort y bienestar, realizando los cambios posturales a aquellos que permanezcan ya encamados y se apoyará a la familia o cuidador en todo lo necesario.

2 Objetivos

Describir que son los cuidados paliativos, como y cuando se aplican y su importancia hoy en día y en un futuro, describir enfermo y enfermedad terminal, conocer sus características, y valorar lo importante que es una atención integral a las personas que se encuentran al término de sus días y a sus familias. Dicha asistencia sanitaria está detallada en la legislación española, de hecho se incluye como una asistencia básica en la "Ley de cohesión y calidad en el Sistema Nacional de Salud".

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre los cuidados paliativos. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también consultando artículos en las principales bases de datos como Scielo, Pubmed, Cochrane, Medline y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras claves: enfermo terminal, cáncer, cuidados paliativos, apoyo familiar.

4 Resultados

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2014). Determina a la enfermedad terminal como: una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con una incapacidad moderada de respuesta a terapia específica con disposición a numerosos contratiempos o síntomas fuertes, multifactoriales y cambiantes, con

un gran choque emocional en el paciente y en sus familiares y una predicción de vida limitada.

Se ha definido al paciente terminal como un enfermo neoplásico, así es en muchos casos. Pero no deberíamos olvidar otras enfermedades cuyas etapas finales cumplen con los requisitos que el SECPAL nos ha descrito, por la cual también entran dentro del contexto de enfermo terminal los estadios finales de enfermedades como el SIDA, las enfermedades desmielinizantes, las demencias, las insuficiencias orgánicas muy avanzadas (EPOC, Alzheimer...).

En el momento de hacer frente a un enfermo terminal nunca debemos olvidar tener recientes los siguientes pasos: Contacto eficaz con el enfermo, una vigilancia de los síntomas y apoyar a la familia. Son las tres bases fundamentales que definen a los cuidados paliativos.

La sociedad Española de cuidados paliativos, es una asociación interdisciplinar, entre sus finalidades destacan: Promocionar una buena calidad de atención del enfermo terminal, formar a los profesionales e investigar, ayudar y asesorar a la administración para crecimiento y la puesta en funcionamiento de los cuidados paliativos en nuestro país. Dicha sociedad fue creada en enero de 1992 y cuenta con más de 300 integrantes, de distintas especialidades y distintas profesiones sanitarias. Las mejoras en la terapia del cáncer, han logrado un aumento de supervivencia y calidad de vida a las personas que lo padecen.

El cuidado al paciente terminal

Tres campos importantes de actuación, finalidades concretas y determinadas con precisión. Procedimientos y cuidados específicos: Los síntomas del enfermo terminal se atienden con cuidados paliativos, o cuidado tipo Hospice; definición (“cuidados que promueven una asistencia total, activa y continuada a los enfermos y sus familias por un equipo multiprofesional”), cuyo objetivo es facilitar el bienestar al paciente y familia sin pretender prolongar la vida. Si fuese necesario, incluiremos la ayuda en el proceso de duelo.

Objetivos de los cuidados paliativos

Aumentar el tiempo de descanso del paciente y su familia, acrecentar la comunicación con el paciente, reducir los pensamientos de impotencia o culpa y dar cuidados en el hogar si se cree posible.

Aspectos psicosociales: Atenciones éticas, el paciente tiene derecho a saber la verdad y así poder poner en orden sus asuntos personales. Desde una posición moral, no es ético ilusionar al enfermo, hacerle vivir una mentira, ignorando la realidad.

Debemos precisar tres ideas: no se debe engañar al enfermo, ni inducir a la mentira, no existe siempre la obligación de decir la verdad, si esta puede perjudicar

al enfermo. Se debe dar la información que el enfermo pida, e intentar descubrir qué es lo que en verdad quiere saber, a veces puede omitirse la verdad, evitando respuestas a preguntas indirectas que hace el paciente. Pero si la muerte es próxima se debe contar al enfermo lo que sucede. Tras reflexionar lo anteriormente dicho: Saber la verdad no debería hacer daño; en la mayoría de los casos es beneficioso conocerla, pues a veces la falta de información lleva al enfermo a estados de ansiedad graves.

Organización de cuidados continuados y previsiones de asistencia Hay tres formas de asistencia a pacientes terminales, en su hogar, centros especializados y en el hospital. Debemos tener en cuenta también la ayuda espiritual, la cual no es solo obligación del sacerdote proporcionarla, sino también del equipo sanitario, pues todos deben tener en cuenta las necesidades espirituales de los enfermos. Y no nos olvidaremos de las pérdidas a las que el enfermo terminal se enfrenta, las cuales son muchas por ejemplo: Pérdida de independencia por causas físicas, pérdida de la imagen que tiene de sí mismo, pérdida económica en algunas ocasiones, pérdida de un futuro, etc.

Apoyo a las familias

La familia es una parte integrante dentro de la medicina paliativa, colabora en los cuidados del enfermo, la enfermedad terminal altera la unidad familiar, una información inadecuada, mitos, la presencia de la muerte y la idea del sufrimiento crea un entorno de angustia, para evitar que esto repercuta perjudicialmente en el desarrollo del paciente, la familia debe recibir la atención necesaria por parte del equipo. Cuando la familia se entera del diagnóstico, inicia un trayecto anímico parecido al del paciente, se sufren una serie de alteraciones psicológicas y se atraviesa una etapa difícil, pues hay que enfrentar no sólo una grave enfermedad sino la fallecimiento de un ser querido. Debe fomentarse el intercambio de información entre familia y equipo.

A veces en esta situación surgen conflictos, el equipo debe evitar que esto suceda en la medida de lo posible. La familia puede participar activa y eficazmente en la atención del paciente, si se le enseña de forma correcta en cómo realizar los cambios posturales e higiene personal. La seguridad de una asistencia completa durante el proceso, ayuda a liberar tensiones.

Los sanitarios que trabajan con las familias tienen tres tareas principales

- Asegurar una clara y adecuada información.
- Reconocer los problemas emocionales, facilitando el que sean expresados y compartidos.
- Ayudar a las personas a actuar sobre lo que es más importante para ellos.

Los cuidados que se ofrecen a la familia implican comprensión e entendimiento

de múltiples necesidades que pueden surgir en el transcurso del proceso.

Se debe ofrecer una información clara y realista, que sepan que se está llevando a cabo algo por el enfermo, que no se le abandona que se le trata y que se le procura descanso. Darles tiempo, confianza e intimidad para el contacto físico y emocional. Chacón (2008), contempla como paciente terminal a todo aquel paciente cuya expectativa de vida no superar los dos o tres meses y esta opinión en el ejercicio médico hace que muchas veces aparezcan disputas éticas, al tratar de conciliar los principios morales del paciente, su familia, la sociedad y los propios en el ejercicio de la profesión.

Nos recuerda cuál es la declaración de los derechos de los pacientes terminales, la cual es muy conveniente, en ella se cita lo siguiente: Es mi legítimo derecho ser tratado como una persona humana viva hasta el momento de mi fallecimiento, mantener una sensación de optimismo por cambiantes que sean mis circunstancias, ser atendido por personas capaces de mantener una sensación de optimismo, expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte, participar en las decisiones que incumben a mis cuidados, esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos ya no sean de curación sino de bienestar, no fallecer a solas, no tener que percibir dolor, que mis preguntas sean respondidas con sinceridad, que no se me mienta, recibir ayuda de mi familia y para esta en el momento de asumir mi fallecimiento, fallecer con paz y dignidad, ser una persona individual y no ser juzgado por decisiones contrarias a las creencias de otros, tener mis creencias religiosas o espirituales aun cuando estas sean contrarias a las de los demás, esperar que la inviolabilidad de mi cuerpo se respete tras mi fallecimiento, ser atendido por personas cuidadosas, sensibles y entendidas que traten de entenderme y sepan encontrar satisfacción en el hecho de ayudarme a afrontar mi muerte y ser atendido espiritualmente de acuerdo con mi religión.

Cid (2012), según crece la esperanza de vida, también crece en muchos países el número de personas que viven hasta edad avanzada; por lo cual, los cuidados paliativos están recibiendo una mayor relevancia en la sanidad pública. La proporción de habitantes, españoles mayor de 60 años era del 21% en el año 2000 y para el año 2020 se cree que será del 27%. El segmento de edad que más crecerá será el de los mayores de 85 años; se sospecha que debido al envejecimiento de la población, en España los tres motivos de muerte serán: Enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades pulmonares obstructivas crónica. El cáncer de pulmón, de tráquea, bronquios serán la quinta. Esto deja claro la importancia de la necesidad de los cuidados paliativos.

España ha ido evolucionando de una forma interrumpida en cuanto a número

de medios desde principios de los noventa. Las personas mayores habitualmente han percibido menos cuidados paliativos que las personas jóvenes y los servicios han sido conducidos hacia el cáncer. En el 2004, el Center for Urban Health de la oficina Regional Europea de la OMS. Realizo un informe, en el cual se fomenta la introducción de los cuidados paliativos en las enfermedades crónicas progresivas y graves dentro del cuidado a personas mayores el cual origina una mayor y mejor atención al final de la vida. Hay evidencias de que las personas ancianas sufren de forma innecesaria, a causa de una minusvalorización de sus problemas y deficiencia en el acceso al servicio de unidades paliativas. La atención de las personas mayores es sus últimos días debe orientarse en la calidad de vida en lugar de un simple alargamiento de la misma.

Martínez y Salvador (2013), la táctica en cuidados paliativos del (Sistema Nacional de Salud, 2010-2014) añadió cambios y nuevas recomendaciones. Los cuidados paliativos han de extenderse a todos los pacientes que lo necesiten, deben incluir enfermos crónicos no oncológicos y pediátricos, debe proporcionarse una atención continuada, experta y de calidad. En el 2010 se realizó una evaluación, cuyo resultado evidencio una variación positiva en la atención de los requisitos de los enfermos y familias. Se ha acordado un modelo asistencial cimentado en la atención integral y también un modelo organizativo, con nivel elemental orientado a todos los enfermos y un nivel específico para los más complicados, los cuidados paliativos deben pues abarcar a todos aquellos pacientes que lo necesiten.

5 Discusión-Conclusión

Los Cuidados Paliativos se encuentran reunidos en el ámbito del derecho humano de la salud. Tienen que procurarse a través de un sistema de salud formado y ajustado a los individuos, que suministre una particular atención a las carencias y predilecciones atención a las del individuo.

Las recomendaciones, prioridades y criterios a usar por estos programas ya tienen sus bases establecidas por la OMS y el consejo Europeo de la salud.

Recibir los cuidados paliativos en una etapa temprana durante el curso de la enfermedad alcanza una mayor eficacia. Los profesionales que trabajen en estas unidades, deben contar con reglas y un registro de actuación adecuados a los cuidados paliativos y que así les favorezca la toma de resoluciones difíciles, desde un punto tanto clínico como ético. A medida que la ciencia avanza, nos permite vivir más años, lo que conlleva a que la población de personas mayores vaya en aumento, y los cuidados paliativos sean cada vez más necesarios en casos de demencias, alzhéimer, etc.

En este estudio queda patente la importancia de los cuidados paliativos hoy en día y en futuro próximo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 150

TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

ALBA HERVAS RUIZ

JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO

MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA

NURIA FERNÁNDEZ PRIETO

ALICIA SANTOS

1 Introducción

La hemodiálisis es un proceso terapéutico de sustitución renal, que consiste en un circuito extracorpóreo que incluye un filtro y sistema de líneas para la extracción de desechos metabólicos, agua y reemplazo de buffers con el fin de mantener la vida.

Se encarga de realizar el proceso de limpieza que nuestro organismo que no es capaz de realizar por sí solo. Se trata de un circuito que contiene los siguientes componentes:

- Filtro o dializador.
- Solución de diálisis o dializado.
- Máquina de dializado con monitores.
- Líneas.

Por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en la sala de hemodiálisis es muy importante tener los conocimientos necesarios respecto al proceso a realizar, igualmente se han de demostrar habilidades técnicas como educador y desarrollar estrategias de soporte psicológico. Requiere del TCAE un intenso ejercicio de conocimiento, habilidad e intuición, puesto que la calidad de vida del enfermo está directamente realizando con la información recibida antes del tratamiento, durante y después, así como el grado de participación de este en la elección del tratamiento.

Por otra parte el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe de asumir el rol impuesto en la unidad y realizar aquellas funciones que los superiores jerárquicos de la misma le establezcan.

2 Objetivos

Describir la importancia y funciones del TCAE en el tratamiento de la hemodiálisis en un centro hospitalario

3 Metodología

La consecución de este trabajo se realizó conforme a un estudio bibliográfico de libros científicos, catálogos y revistas científicas, al igual que una parte de cursos de formación impartidos por nefrólogos de prestigio. De ahí es de donde se extraen evidencias científicas respecto a tratamientos de hemodiálisis y tratamiento de pacientes con problemas renales adicionales, como las funciones concretas a realizar por cada uno de los componentes del equipo existente en la sala de hemodiálisis.

4 Resultados

Los resultados de la hemodiálisis, como de su propia definición se extrae, es mantener con vida a una persona la cual por el propio funcionamiento de su sistema sería incapaz. El TCAE juega un papel muy importante en el proceso de la hemodiálisis, inicialmente en la información al paciente, lugar, horarios, duración y frecuencia del tratamiento.

- Informar de quién se encarga de realizarlo.
- Accesos vasculares a efectuar.
- Cómo funcionan los monitores.

- Complicaciones que pueden acaecer.
- Signos de alarma que debe conocer.
- Tratamiento a seguir.
- Dieta y trucos que debe conocer y seguir.
- Estilo de vida que favorezca al resultado.

Los cuidados deben ser sistemáticos, individualizados y ejercitados de forma secuencial y continua aplicando el PAE(Proceso de Atención Enfermería), donde está implicado directamente el TCAE. En la fase de acceso vascular de forma concreta dentro de la hemodiálisis el TCAE se encargará de mantener la herida limpia y seca, observando el apósito para comprobar hemorragias posibles. Estos apósitos se colocarán de forma longitudinal y nunca compresivos. Nunca se tomará la tensión arterial, se vigilará junto con enfermería los signos de infección, inflamación e isquemia.

Las funciones genéricas del TCAE en la sala de hemodiálisis pasarán por los siguientes objetivos generales:

- Apoyo de todas las actividades de la unidad de hemodiálisis.
- Colaboración en la atención de pacientes.
- Cumplir las tareas de enfermería y asistencia asignadas por su superior inmediato.

Para la consecución de estos se realizarán las siguientes tareas:

- Cumplir con lo asignado y reglamentos del servicio.
- Revisar el área de intervención: provisión de insumos para hemodiálisis, material de curación, para el procedimiento, confort y otros aspectos según las normas del servicio.
- Recepción del paciente.
- Control del peso del paciente al ingreso y al egreso.
- Control de signos vitales cada hora del usuario.
- Asistir al procedimiento de conexión y desconexión de la fistula y catéter.
- Limpieza tanto de la máquina como del paciente si hay derrame de líquido biológico.
- Colaborar en la dinámica de la unidad.
- Retirada, limpieza y desinfección de material utilizado.
- Bajo supervisión, realizar el preparado y empaquetado de material con fecha, hora, nombre y testigo para su esterilización.
- Entrega de material en esterilización.
- Entrega y recepción de ropa previo registro y firma del responsable.
- Asistir a las reuniones que establezca la unidad.
- Aquella que sea ordenada por el superior de servicio.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de hemodiálisis como proceso de sustitución renal extracorpóreo, es un proceso en el cual el paciente debe encontrarse correctamente informado y debe ser partícipe en el tratamiento efectuado. De ahí que el TCAE deba tener una formación específica y unos protocolos de actuación profesionales para el desarrollo del proceso.

El TCAE en todo proceso de hemodiálisis posee un papel importante y no solo en las funciones propias del trabajo diario de cualquier unidad de enfermería, sino en el de apoyo psicológico y emocional del paciente ante un tratamiento de esta índole, debiendo hacer uso de la formación y de las técnicas de apoyo psicosocial hacia el paciente.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus.gov.
2. Diagnósticos de enfermería en pacientes de hemodiálisis (Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid).
3. Artículo de revisión <http://dx.doi.org/10.4321/52254-28842016000300003>. Cuidados de enfermería en paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (Colombia).

Capítulo 151

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

ALBA HERVAS RUIZ

JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO

MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA

NURIA FERNÁNDEZ PRIETO

ALICIA SANTOS

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad respiratoria crónica, compleja y heterogénea. Su prevalencia entre adultos de 40 a 80 años en nuestro país es del 10,2%, su frecuencia es mayor en el sexo masculino y aumenta con la edad, el historial de tabaquismo y el menor nivel sociocultural. De esta forma, la mayor frecuencia se da en el grupo de pacientes de 70 a 80 años, en los que se eleva hasta el 23%, alcanzando el 50% en los varones con un índice de acumulación tabáquica superior a 30 paquetes/año.

La mayor parte de los ensayos clínicos y de las revisiones no contemplan las peculiaridades de la EPOC en la edad avanzada, la interacción con otras afecciones

frecuentes en la vejez o su impacto en los síndromes geriátricos. Los pacientes mayores de 80 años hospitalizados por exacerbación de EPOC tienen más comorbilidad y mayor dependencia funcional que los pacientes más jóvenes y que los mayores de 85 años ingresados por exacerbación tienen cuatro veces más de posibilidades de fallecer durante el ingreso o en los 90 días siguientes al alta que el resto, mientras que la posibilidad de recibir un tratamiento correcto durante la exacerbación es menor.

2 Objetivos

- Determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente.
- Identificar los cuidados generales que le ofrece el TCAE en la enfermedad

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. Se utilizaron como palabras clave: "valoración", "ancianos", "gerontología", "salud

4 Resultados

Con la vejez se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que en parte se asemejan a los de la misma EPOC. Se producen cambios en la caja torácica por la cifoescoliosis y calcificación de los cartílagos intercostales, disminuye la fuerza de los músculos respiratorios y existe una mayor reactividad bronquial. Los ancianos con EPOC presentan con frecuencia efectos extrapulmonares, como pérdida de peso, sarcopenia, miopatía, elevación de los parámetros de inflamación sistémica y un aumento de comorbilidades, entre las que destacan enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, osteoporosis, ansiedad o depresión, deterioro cognitivo, caídas, anemia o neoplasias, en especial el cáncer de pulmón. La prevalencia de la insuficiencia cardíaca se

eleva también con la gravedad de la EPOC: un 20% en los pacientes ambulatorios mayores de 65 años y un 30% en los hospitalizados por exacerbación.

La EPOC es por definición una afección pulmonar obstructiva, lo que obliga en la práctica a realizar una espirometría forzada para confirmar el diagnóstico, estimar su gravedad, valorar la respuesta broncodilatadora y evitar tanto tratamientos innecesarios como el infra diagnóstico. Existen diversas revisiones sobre el tratamiento de la EPOC en el anciano se trata más bien de adaptaciones de las guías generales dado que no existen unas pautas de tratamiento exclusivas dirigidas a la EPOC en el anciano. Esto es debido a que en la mayor parte de los ensayos clínicos los pacientes ancianos no han sido incluidos.

Incluso en estos pacientes, el abandono del tabaquismo disminuye la pérdida de función pulmonar y la mortalidad, por lo que el primer escalón del tratamiento es conseguir la abstinencia tabáquica. Para evitar estos problemas en los ancianos, se recomiendan inhaladores, tratamiento farmacológico, los nebulizadores son los más usados que están indicados en pacientes mayores que tienen dificultad para utilizar los inhaladores en crisis de broncoespasmo que requieren dosis elevadas de broncodilatadores.

La EPOC si la persona que lo padece no se cuida empeora con el tiempo, pero todo esto se puede evitar llevando unos cuidados generales que con fuerza de voluntad se pueden llegar a conseguir para mejorar la calidad de vida de la persona, el dejar de fumar, seguir el tratamiento farmacológico y no farmacológico son medidas que son eficaces y se pueden controlar para frenar la progresión de la enfermedad.

Hay que mantenerse activo, hacer ejercicio con regularidad para mejorar la respiración, para mejorar la disnea y la fatiga, también nos ayuda a fortalecer los brazos, el corazón, el tronco y las piernas en la forma física, debemos de realizar actividades que nos produzcan poco cansancio y tengamos vitalidad, así ayudaremos a nuestro cuerpo a mejorar la capacidad física y pulmonar.

Los ejercicios que se pueden hacer y no cansarnos son como los de pasear, salir en bicicleta en modo paseo o hacer bici en casa, baile, natación etc. Aunque todo dependerá de las actividades que más nos guste a la que menos nos guste, pero lo principal es comenzar a realizar ejercicio como pasear o caminar, para ir cogiendo capacidad y no cansarnos al realizarlo para así poder aumentar la actividad física progresivamente, ya que nos va a beneficiar en el tono muscular y la flexibilidad

5 Discusión-Conclusión

En las disciplinas se excluye de manera rutinaria al anciano de los ensayos, dada la importante complejidad de interpretación que suponen poblaciones con multimorbilidad, de tal manera que las evidencias demostradas en población joven y generalmente en mejor estado de salud se suponen válidas para la población de mayor edad.

A nivel diagnóstico, algunos pacientes pueden presentar limitaciones como hipoacusia, déficit visual o sarcopenia, que dificultan la realización correcta de una espirometría y consecuentemente su interpretación. La prevalencia de efectos secundarios, la multimorbilidad y así como los aspectos funcionales, cognitivos y sociales, además de no ser acordes a la realidad.

6 Bibliografía

1. Lowery EM1, Brubaker AL, Kuhlmann E, Kovacs EJ. El pulmón en el anciano. Clin Interv Aging. 2013; 8: 1489-96.
2. Almagro Mena P., and Llordes M.: Enfermedad pulmonar obstructiva en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 2012; 47: pp. 33-37.
3. Sánchez Simón-Talero. R, Callejas González. FJ, Núñez Ares. A. Capítulo 73: El anciano con deterioro respiratorio. En: Abizanda Soler, P. Tratado de Medicina geriátrica. El Sevier; 2014. Pág.: 575-582.
4. Nicolás Martínez Velilla. N. Guía GesEPOC y pacientes ancianos Archivos de Bronconeumología, 2013-08-01, Volúmen 49, Número 8, Pág 367-368.
5. Almagro P., López García F., Cabrera F.J., Montero L., Morchón D., Díez J., et al:
Estudio de las comorbilidades en pacientes hospitalizados por descompensación de EPOC en los servicios de medicina interna. Estudio ECCO. Rev Clin Esp 2010; 210: pp. 101-108.

Capítulo 152

DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO SANO

ALBA HERVAS RUIZ

JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO

MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA

NURIA FERNÁNDEZ PRIETO

ALICIA SANTOS

1 Introducción

Se denominan cuidados iniciales al recién nacido a aquellos que se dan inmediatamente después del nacimiento dentro del área del paritorio. El TCAE colabora con el resto del equipo sanitario en todos los cuidados, debiendo registrarse para tener información de la evolución del recién nacido. Durante este proceso el recién nacido experimentará grandes cambios siendo el equipo sanitario el encargado de dar toda la información a los padres para facilitarles la adaptación a tener un nuevo miembro en la familia.

En los primeros días de vida, al recién nacido se le harán muchas pruebas para la detección precoz de cualquier anomalía en su desarrollo, el equipo sanitario estará a disposición de los padres para cualquier duda, apoyándolos en la realización de tareas como el baño, alimentación. Dependiendo del desarrollo del parto el recién nacido irá al Servicio de Neonatología si su peso es inferior a

2,500 kg ó tuviera alguna dificultad respiratoria, de lo contrario pasaría al Área de Maternidad, donde estará con la madre durante los días que el equipo sanitario considere necesario para el desarrollo de las pruebas, siendo este periodo de tiempo de 3 a 5 días. También se cuidará a la madre teniendo especial cuidado en caso de cesárea, ya que la recuperación es más lenta y necesitará más apoyo por parte del personal sanitario.

2 Objetivos

Exponer y explicar los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería al recién nacido sano 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 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

Después del parto la asistencia al recién nacido debe ser inmediata valorando la respiración, la temperatura corporal, prevención de infecciones y alimentación. Se determinará el índice de Apgar que valora al minuto y a los 5 minutos de nacer, la suma de las calificaciones, nos indicará el nivel de adaptación del recién nacido y el grado de cuidados profesionales que necesitará. Valoración: 0-3 Grave; 4-6 Moderada; 7-10 sin dificultad.

Se hará una inspección general de la morfología del cuerpo, permeabilidad de las fosas nasales y ano, presencia de tres vasos en cordón umbilical, observará presencia del meconio, micción, respiración regular. También se realizará una profilaxis ocular para prevenir la conjuntivitis provocada por los gérmenes presentes en el canal del parto, se aplicará una pomada de eritromicina. Se considera recién nacido sano aquel que ha realizado un proceso de adaptación a la vida y no se han observado riesgos ni malformaciones evidentes.

Sus características principales son:

- Piel rosada.
- Peso entre 2.500 -3.900 kg.
- Longitud 48-52 cm.
- Frecuencia respiratoria 30-160 r/m.
- Temperatura 36-37°.
- Gestación a término 37 - 42 semanas.

Siempre que el estado de la madre lo permita, se recomienda el contacto aprovechando el primer periodo de actividad del recién nacido 30 a 60 minutos en el que muestra mayor interés de succión, colocándolo al pecho para que lacte y permanezca a su lado las primeras horas de vida. Una vez el recién nacido se encuentra en el servicio de maternidad con la madre el TCAE y el resto de profesionales seguirán cuidando y revisando que todo va bien.

Si la madre decide dar lactancia materna, será a demanda con periodos de descanso de 2 a 4 horas, no dar tetinas ni chupetes, tendrá una actitud relajada el técnico en cuidados auxiliares estará presente para comprobar la posición correcta para evitar el riesgo de aspiración, también comprobará el reflejo de succión del recién nacido, le dará pautas a la madre para favorecer el eructo tras la ingesta. En el caso de que se decida lactancia artificial se le dará la fórmula inicial adaptada a la edad del recién nacido será el pediatra el que decida la fórmula que más se adapte al bebé marcando la cantidad de leche y número de tomas, modificándose si fuera necesario. La persona encargada de hacer los biberones es el técnico en cuidados auxiliares así como de su limpieza y esterilización. En el servicio de maternidad se encuentran unas hojas que se repartirán a primera hora de la mañana para que las madres apunten las tomas de biberón, cantidad de leche al igual que las deposiciones, micciones. Si fuera lactancia apuntará las veces de cada pecho llevando un orden.

El técnico en cuidados auxiliares dará apoyo a aquellas madres que no pueden realizar por sí solas el cuidado del recién nacido, observando cualquier incidencia e informando de ello al resto de equipo sanitario, también lo dejará escrito en las notas clínicas de cada paciente. El pediatra pasará todos los días a ver los recién nacidos, para un seguimiento del peso y alimentación, hará una valoración de las notas de enfermería realizadas por el equipo sanitario.

Por lo general en el área de maternidad el baño a los recién nacidos se les realizará durante el turno de mañana, el técnico en cuidados auxiliares llevará a la sala habilitada para ello a los padres para darles un taller de cómo hacer el aseo al recién nacido, allí les explicará cómo deben coger al bebé y la técnica a realizar transmitiéndoles tranquilidad para que lo realicen ellos.

La higiene ha de realizarse siempre con un jabón neutro y esponja suave, no se

frotará, simplemente serán toquecitos en el cuerpo del bebé se aclara bien con agua caliente a 36 grados para relajar al recién nacido mantendremos el cuerpo cubierto de agua manteniendo la cabeza fuera.

Para secar realizaremos toques con una toalla que le cubra todo el cuerpo, la habitación debe de tener una temperatura de 24 a 26 grados. El técnico en cuidados auxiliares les dirá a los padres cómo curar el cordón umbilical manteniéndolo limpio y seco aplicando todos los días tras el baño alcohol al 70% hasta que se caiga por sí sola la pinza. El baño una vez en casa puede realizarse a cualquier hora lo que sí es preferible antes de la toma de la leche para después fomentar el descanso y relajación.

Se hidratará la piel del recién nacido, la ropa debe de ser de algodón, lino o lana adaptándose a las condiciones ambientales. El pañal no debe apretarse demasiado, en ocasiones el material del que están hechos causan alergias, teniendo que recurrir al pañal de tela de algodón, este se cambiará cada vez que sea necesario, evitando dejar demasiado tiempo la orina o las heces en contacto con la piel del recién nacido, esto podría ocasionar lesiones difíciles de curar por estar en una zona de continua humedad. El recién nacido estará en el servicio de maternidad aproximadamente entre 3 y 5 días hasta que el pediatra vea conveniente darle el alta domiciliaria.

Durante estos días de ingreso se habrán realizado muchas pruebas para verificar la buena salud del recién nacido, aun así el sistema inmunológico es muy delicado, ya que aún es inmaduro. Al alta del recién nacido y su madre el equipo de enfermería dará unas directrices a seguir para continuar con el bienestar del bebé, se le entregará toda la documentación necesaria para inscribirlo en el Registro, la cartilla de vacunación, se hará un informe médico y tratamiento si lo hubiera. A la madre también se le entregará un informe para su seguimiento en ginecología si aún tuviera puntos (episiotomía) se le daría cita para quitarlos en atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de enfermería en el servicio de maternidad trabajará para que el recién nacido tenga un inicio a la vida lo más placentero posible, los profesionales desde su nacimiento comprobarán a través de pruebas diagnósticas y análisis el estado de su salud, anticipándose en ocasiones para favorecer una temprana recuperación sin secuelas.

Durante los primeros años de vida el pediatra hará revisiones periódicas al recién nacido dónde comprobará su percentil para saber si su desarrollo es el adecuado

a la edad que tiene, también la enfermera de Pediatría le pondrá las vacunas que estén contempladas en la cartilla vacunal. El pediatra le hará el seguimiento de salud hasta que cumpla los 14 años.

6 Bibliografía

1. Mc Graw hill Education. Auxiliar de enfermería. Evangelina P.
2. FAE.curso.cuidados a la madre y al neonato.

Capítulo 153

EL TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA BUSTELO LOBO

1 Introducción

El trabajo en equipo es el trabajo realizado por un grupo de personas donde todos tienen un objetivo común. ¹ Para que se considere el trabajo en equipo o la cooperación, la empresa debe tener una estructura organizacional que promueva el crecimiento y el trabajo general y resuelva ciertos problemas. No es suficiente que cada miembro haga su parte y luego los reúna.

Desde finales del siglo XX, el trabajo en equipo ha sido necesario para crear problemas, productos y servicios modernos, ya que la mayoría son sistemas complejos que una sola persona no puede comprender en su totalidad y en todas sus características. Por lo tanto, el trabajo en equipo es fundamental, especialmente para los trabajadores del conocimiento.

El trabajo en equipo resuelve problemas que son difíciles de resolver para un individuo solo, a expensas de la coordinación y cooperación entre los miembros. Cuando se organiza y dirige adecuadamente, el trabajo en equipo afecta positivamente a los trabajadores a través de la camaradería, el intercambio de conocimientos, el apoyo mutuo y el logro de metas significativas.

En un grupo de trabajo, las reglas son establecidas y acordadas por todos los miembros del equipo. Estas reglas de conducta, establecidas por los propios miembros del equipo, brindan a las personas una base para predecir el comportamiento de los demás y preparar las respuestas adecuadas. Estos incluyen, pero

no se limitan a, criterios de interacción grupal. Las normas del grupo rigen su función como unidad organizada, al igual que las funciones de los miembros individuales.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo o proyecto de investigación, es conocer como debe de ser el trabajo en equipo.

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

Debe ser establecido y decidido por el grupo, dirigido por el líder del grupo o un facilitador externo. Un proceso de gestión exitoso no se basa en estándares impuestos, sino en influir en los miembros del equipo escuchándose unos a otros. El equipo tendrá reglas, ya sean explícitas o no. En algunos casos, las reglas se forman espontáneamente, como en los esfuerzos grupales a corto plazo. Sin embargo, en la mayoría de los esfuerzos a largo plazo, es importante discutir abiertamente los estándares del equipo y no arriesgarse a crear un equipo disfuncional.

Los miembros del equipo deben participar en la elaboración de las metas y objetivos que pretenden lograr. Asimismo, es importante que las decisiones no se tomen por la voz de un solo individuo, que debe incluir las opiniones y conocimientos de todos los integrantes. La resolución de conflictos

Los huecos que se produzcan en el grupo, si se encaminan correctamente, permitirán la generación de nuevas ideas sin perjuicio. Es importante centrarse en la resolución de problemas y la generación de ideas y las mejores ideas, independientemente de quién las proponga. Para hacer esto, prepárate para descartar rápidamente una de tus ideas a favor de una idea mejor que la de otros miembros del equipo.

Para formar un grupo de trabajo, es necesario tener en cuenta no solo las capacidades intelectuales de los posibles miembros, sino también las características psicológicas, sociales y personales de cada componente. Unos grupos se crean para realizar tareas específicas, otros para dar consejos y otros para gestionar. [cita requerida]

El uso compartido de grupos inactivos indica que algo anda mal. A continuación, se requiere un diagnóstico más profundo de la organización y sus conflictos. Estos son algunos ejemplos de uniones disfuncionales:

Agresión en formas directas como sarcasmo, desprecio, acoso en el lugar de trabajo, hostilidad e indiferencia. Prevenir las actitudes negativas, la resistencia, la negación constante, el desacuerdo constante, las objeciones lógicas, la falta de cooperación y la obstrucción para impedir el éxito empresarial y desviar la atención a cuestiones secundarias más importantes.

Desesperado, ausente física o mentalmente, aislado y ausente sin motivo.

5 Discusión-Conclusión

En las organizaciones actuales, el trabajo en equipo debe tener ventajas en cantidad y calidad, como resultado de las sinergias (uno más uno no es igual a dos), facilitando el logro de metas, objetivos y desempeño.

Un equipo es un grupo de personas que se necesitan mutuamente para trabajar. Todos los equipos son equipos, pero no todos los equipos son equipos. El concepto de equipo implica el uso de talentos colectivos, creados por cada persona en su interacción con los demás.

En el ámbito hospitalario, siempre es necesario que haya un buen trabajo en equipo para poder conseguir que las personas se curen.

6 Bibliografía

«Definition of TEAMWORK». www.merriam-webster.com (en inglés). Consultado el 28 de marzo de 2021.

Guitert, M.; Giménez, F. (2008). El trabajo en equipo en entornos virtuales; desarrollo metodológico (en español). Universitat Oberta de Catalunya.

¿cómo lograr la motivación para el cambio? <https://www.tablerodecomando.com/>

Sucari, Wilson; Quispe, José (24 de marzo de 2019). «Trabajo docente en equipo y su relación con los compromisos de gestión escolar en educación secundaria». *Revista Innova Educación* 1 (2): 156-171. ISSN 2664-1488. doi:10.35622/j.rie.2019.02.002. Consultado el 27 de octubre de 2020.

Capítulo 154

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) : MIEDO A LO DESCONOCIDO

ANA MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Nos acaban de decir, que un ser querido ha sido ingresado en la UCI. Automáticamente, una sensación de miedo y preocupación nos invade, significa que su gravedad es extrema o bien que necesita de este paso , en los posteriores momentos de alguna intervención quirúrgica o algún proceso de índole inmediata (infarto, ictus...).

A medida que los medios técnicos avanzan, afloran nuevas especialidades, que se nutren de las ya existentes y junto con éstas técnicas, consolidan distintos escenarios, como es la Medicina Intensiva diversificada a su vez, en diferentes tipos de UCI.

Se da como nacimiento del concepto UCI, en Copenhague en 1953, en aquel entonces, Peter Safar creó un área específica para pacientes sedados y con ventilación, si bien, años antes y con las diferentes epidemias de poliomielitis ya se habían creado unidades específicas de “ respiración artificial “, no mucho más tarde, en 1966, se creó la primera en España (Fundación Jiménez Díaz). En 1978, se constituye como especialidad plena y hoy día no se concibe un centro hospitalario sin una UCI.

La UCI o Unidad de Cuidados Intensivos, es un espacio polivalente, que presta asistencia intensiva e integral las 24 horas : vigilancia y monitorización constante, asistencia hemodinámica, hemofiltro, respiración asistida, balón de contrapulsación, etc y que coordina las diferentes especialidades, ésta labor, la desempeña el médico especialista en medicina intensiva (intensivista), especiali-

dad que nació auspiciada, por los progresos técnicos en materia de ventilación mecánica, monitorización y otros derivados de su estudio y aplicación, siendo éstos recursos materiales específicos, determinantes en el cuidado del paciente crítico.

En sus inicios, la UCI se entendía como un concepto general y concentraba pacientes críticos de patología médica o quirúrgica :

- . Ictus.
- . Donación y trasplantes.
- . Politraumatismos.
- . Coronarios.
- . Daño hepático o renal severo.
- . Sepsis.
- . Grandes quemados... etc.

Con el paso del tiempo y la especialización (tanto de medios, como de personal), hemos asistido al nacimiento de unidades independientes pero coordinadas entre sí, que tratan las diferentes singularidades del paciente crítico, y así tendremos :

- . Cuidados intensivos psiquiátricos.
- . Cuidados intensivos polivalentes (postoperatorios, accidentados, infecciones graves... etc.).
- . UCI de transplante de órganos.
- . UCI de psiquiatría.
- . Unidades pediátricas y neonatales.

La UCI se distingue de otros servicios médicos, por su nivel de alerta constante, en donde el profesional, trabaja literalmente a pie de cama, lo que facilita la interacción paciente-profesional-soporte técnico.

2 Objetivos

Dar a conocer la UCI, su importancia, tipos y materiales que se encuentran en su interior

3 Metodología

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

4 Resultados

El objetivo primordial de las unidades de cuidados intensivos, es tratar de restablecer situaciones, a menudo de índole mortal, mediante un continuo y exhaustivo cuidado, mediante técnicas y medios específicos, ésta serie de circunstancias, ha auspiciado, la especialización de todo el personal adscrito, a éste servicio.

La propia distribución del servicio, es diferente, siendo de forma circular, dónde los boxes (habitaciones) se sitúan alrededor de un puesto “de control” central, con una visión periférica clara de todos los pacientes y dotado de monitores, que reflejan en tiempo real, todos los parámetros medidos : saturación, presión arterial, oxígeno... etc. Y almacenan dicha información, a fin de, comprobar la eficacia de los tratamientos.

Este ambiente, tan perfilado a nivel médico y tecnológico, representa para el paciente, una amenaza desconcertante (a menudo despiertan en la unidad, derivados de quirofano, de urgencias...) y es labor importantísima de los profesionales, primero tranquilizar y luego explicar sus circunstancias médicas, de una forma clara y con un lenguaje claro y sencillo, que no confunda e intranquilece aún más al paciente. Hay que tener en cuenta que, éste último, pasa por un proceso de “pérdida” (deshumanización del paciente) :

- . De la privacidad : las habitaciones están abiertas y su contenido visible a todo el personal.
- . Soporte familiar : si bien hay visitas, serán siempre autorizadas y sujetas al entorno (entre aparatos, realización de técnicas...).
- . De la comunicación y la auto-representación : en el proceso de intubación y retirada de la misma.
- . De la apariencia e identidad : posible desorientación y cambios físicos de los que no puede ser consciente.
- . De la autonomía : si bien hay pacientes que se pueden levantar al sillón, en procesos tan largos, se produce una reducción de la masa muscular y una debilidad general (pérdida de peso) que la dificultan.

Dentro de cada box, dispondremos de espacio suficiente alrededor de la cama y una iluminación suficiente y adecuada (orientación e intensidad) que permita la realización de las diversas técnicas sin perjuicio del paciente. Este habitáculo, está dotado de gran número de aparataje, que impresiona pero garantiza, la constante monitorización del paciente :

- . Palo de bombas de perfusión : volumétricas y de jeringa (permiten la administración de medicamentos y sueros) y también son habituales, las bombas de

nutrición, cuando la alimentación no puede ser oral (de forma autónoma o asistido por terceros).

- . Respirador :ventilación mecánica a pacientes que no pueden hacerlo por si mismos.

- . Monitor: nos permite comprobar las constantes vitales, saturación, tensión, pulso....

- . Sistema de oxígeno terapia :mecanismos conectados a un humidificador y que constan de mangueras y mascarillas de diversa índole.

- . Sistema de aspiración : elimina las secreciones pulmonares.

- . Colchón y cama tecnológica : colchón anti-escaras y cama multiposición, que permita poner al paciente en las diferentes posturas : tredelemburg, de cubito supino, lateral, prono... etc

Ocasionalmente, se usan también aparatos como el hemofiltro (diálisis) o el Ecmo (oxigena y limpia la sangre) siempre complementarios a los anteriores y en situaciones concretas.

5 Discusión-Conclusión

La historia de la medicina, marcada por grandes retos (epidemias, pestes, virus...) ha evolucionado a veces, a marchas forzadas, sirva de ejemplo el COVID y el impacto que en las UCIS tuvo su tratamiento y la difusión de su concepto e importancia vital en el tratamiento del enfermo crítico.

Este tipo de paciente, requiere atención continuada (24 h), tanto profesional o humana, como de recursos técnicos en constante evolución y desarrollo de técnicas específicas para cada realidad del paciente, a menudo en riesgo de muerte.

Las UCIS son unidades multidisciplinarias, que a su vez, cuentan con el apoyo de otros servicios hospitalarios (quirofanos, rayos X...etc.), que complementan y amplían el tratamiento del paciente crítico. Disponen de equipamiento específico :

- . Monitor cardíaco.

- . Respirador.

- . Balón de contrapulsacion.

- . Ecmo.

- . Hemofiltro.

El personal de UCI, está especializado y entrenado, en el desarrollo tecnológico, con un alto nivel de “ resiliencia”, empatía y una fuerte resistencia a nivel psicológico, por el continuo desgaste emocional.

6 Bibliografía

- <https://www.fundeu.es/recomendación/unidades-de-cuidados-intensivos-claves/>
- <https://medlineplus.gov>
- <https://elenfermerodelpendiente.com/manual-paciente-critico-para-enfermeria-gratuito-seeiuc-esp-pdf/>
- http://criticos.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/contenidos_manual.pdf

Capítulo 155

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): ALTAS Y TRASLADOS EN HOSPITALIZACIÓN

ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO

JUDIT LÓPEZ COLLADO

LORENA LÓPEZ ABRIL

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA

JUAN DIEGO MOYA CANO

1 Introducción

Todo episodio de ingreso (en urgencias, en hospitalización, en actividad quirúrgica o en atención ambulatoria) debe cerrarse con el alta del paciente.

Así, el alta es el cierre de un episodio tratado en un hospital o centro sanitario. Las altas se pueden clasificar en:

- Domicilio: cuando el paciente regresa a su domicilio habitual o cuando se vuelve al centro que constituía su residencia habitual antes del ingreso/contacto.
- Traslado a otro hospital o centro sanitario para continuar su tratamiento.
- Exitus: en caso de muerte del paciente, deberá realizarse el certificado de defunción.
- Alta voluntaria: cuando el alta se produce a instancias del propio paciente o cuando este abandona el centro donde estaba ingresado sin indicación médica.

A la hora de dar el alta a un paciente, los profesionales deben registrar los datos de cierre del episodio de ingreso, indicando la fecha y hora de salida y el diagnóstico.

Si el paciente requiere el traslado a un hospital de otra comunidad autónoma para seguir con su tratamiento, los recursos del transporte sanitario (habitualmente, ambulancias) los proporcionará la comunidad de origen. En caso de requerir transporte aéreo o marítimo, la comunidad receptora se hará cargo del traslado del paciente desde el aeropuerto, helipuerto o puerto hasta el centro sanitario, así como del regreso desde este al aeropuerto, helipuerto o puerto.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con las altas y traslados, que cosas debemos de comprobar y que acciones debemos llevar a cabo.

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

Un tipo de alta es el traslado del paciente a otro hospital o centro sanitario. Cabe destacar que los traslados pueden ser extrahospitalarios o intrahospitalarios, es decir, a otra unidad del mismo hospital.

- Traslado intrahospitalario del paciente. En este caso, no se consideraría un alta, porque el paciente sigue recibiendo tratamiento y cuidados en el mismo centro sanitario u hospital. Los traslados intrahospitalarios pueden ser:

- Traslado para realizar alguna prueba diagnóstica, exploración o intervención quirúrgica, es decir, será un traslado por un tiempo corto. Una vez finalizadas las pruebas, el paciente regresará a la unidad de ingreso.

En estos casos, el protocolo de actuación deberá ser:

- Coordinar la recepción del paciente con la unidad de destino.
- Verificar la identidad del paciente.
- Informar al paciente y/o familiares sobre las condiciones del traslado.
- Adjuntar la historia clínica del paciente.
- En caso de intervención quirúrgica, comprobar la realización previa de pruebas complementarias.
- Será responsabilidad del personal de la unidad receptora del paciente su cuidado durante las realizaciones de las pruebas o exploraciones. Deberán registrar las incidencias y procedimientos realizados durante las mismas.
- Una vez que el paciente regrese a su unidad, se deberá evaluar y analizar su situación clínica.
- Traslado del paciente ingresado a otra unidad. En estos casos, el protocolo a seguir será:
 - Coordinar la recepción del paciente con la unidad de destino.
 - Verificar la identidad del paciente.
 - Informar al paciente y/o familiares sobre las condiciones del traslado.
 - Comprobar y adjuntar la documentación clínica, medicación de prescripción y pertenencias del paciente.
 - En función del estado y condiciones del paciente, el traslado se hará con un método u otro de transporte.
 - Coordinar el servicio de limpieza de la habitación que quede libre.
 - Registrar el traslado en el fichero de datos del centro.

● Traslado extrahospitalario del paciente:

En estos casos, será necesario coordinar el traslado con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) del hospital o centro sanitario receptor y recurrir a medios de transporte sanitarios terrestres o aéreos.

El protocolo a seguir ante este tipo de traslados variará en función de la gravedad y el estado del paciente, pero, en líneas generales, consistirá en:

- Coordinar el traslado del paciente con el SADC del hospital receptor.
- Confirmar la petición y el tipo de transporte sanitario solicitado y preparar al paciente para un traslado seguro y cómodo.
- Coordinar con otros profesionales si es necesario.
- Verificar la identidad del paciente.
- Informar al paciente y/o familia sobre las condiciones del traslado.
- Comprobar y adjuntar la documentación necesaria del paciente, como el informe de alta médica, así como sus pertenencias.
- Preparar al paciente para conseguir un traslado cómodo y seguro.

- Revisar el correcto estado de higiene, drenajes, sueros, catéteres y otros dispositivos, retirando aquellos que no sean necesarios durante el traslado o en su destino.
 - Registrar las incidencias y cuidados realizados al paciente hasta el momento de traslado.
 - Proceder al traslado si las condiciones del paciente lo permiten. En caso de darse alguna complicación, avisar al facultativo responsable.
 - Una vez que el paciente se ha trasladado, proceder a recoger la habitación y avisar al servicio de limpieza.
- Cuando quede arreglada la habitación, se comunicará su disponibilidad al SADC del hospital.
- Registrar el traslado al fichero de datos del centro.
 - Recoger la documentación clínica.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la realización de esta revisión BIBLIOGRÁFICA hemos podido determinar que tipos de altas y traslados existen en los centros hospitalarios, diferenciando entre los traslados intrahospitalarios y los extrahospitalarios.

Es importante asegurarnos de que tanto los familiares como el paciente están informados del procedimiento que se va a llevar a cabo, así como también ayudarle a recoger sus pertenencias y/o vestirse si fuese preciso.

Si el paciente lleva vías, sueros, nutrición, drenajes o sondas avisaremos al personal de enfermería por si hiciese falta desconectarlos o pausarlos durante la realización del traslado, así como también por si hiciese falta realizar alguna cura.

6 Bibliografía

- 1- <https://www.msdmanuals.com>
 › hogar
 Alta hospitalaria - Temas especiales - Manual MSD versión para público general
- 2- <https://www.clinicbarcelona.org>
 › de...
 El proceso del ingreso al alta hospitalaria | Hospital Clínic Barcelona
- 3- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>

› ...PDF

Procedimiento para la TRANSFERENCIA DE PACIENTES - Junta de Andalucía

4- <https://www.mscbs.gob.es>

› D...PDF

MANUAL DE DEFINICIONES SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN ...

Capítulo 156

EL AUXILIAR Y EL PACIENTE PEDIÁTRICO: FORMACIÓN Y CRECIMIENTO DE LOS HUESOS

ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO

JUDIT LÓPEZ COLLADO

LORENA LÓPEZ ABRIL

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA

JUAN DIEGO MOYA CANO

1 Introducción

El hueso es un órgano firme, duro y resistente que forma parte del endoesqueleto y que cumple varias funciones.

Químicamente, los huesos están formados por materia orgánica y materia mineral en proporción 1:2.

- Materia orgánica: es la osteína, que es una sustancia de naturaleza colágena que proporciona a los huesos cierta elasticidad, lo que evita su fragilidad. Esta elasticidad es mayor cuanto más joven es el individuo.

- Materia mineral: está formada por diferentes sales minerales, fundamentalmente fosfato y carbonato cálcico, y proporciona al hueso gran resistencia.

Aunque presentan formas muy diversas, los huesos se pueden clasificar en cuatro tipos, según las dimensiones predominantes: largos, cortos, planos e Irregulares.

Asimismo, independientemente del tipo al que pertenezcan, los huesos presentan una serie de salientes o depresiones en su superficie.

La osificación se realiza a partir de las células osteoblastos que sintetizan sales de calcio, las cuales sustituyen el tejido cartilaginoso por tejido óseo. Los osteoblastos, a su vez, se van transformando en osteoclastos, cuya función es mantener el hueso.

El cierre de las metáfisis tiene lugar antes en las mujeres que en los hombres, debido a las hormonas femeninas (estrógenos). Es por esto que la estatura de las mujeres es menor a la de los hombres.

2 Objetivos

Conocer como es el proceso de formación y crecimiento de los huesos, como parte de nuestra formación para adquirir las competencias básicas necesarias para ofrecer una atención de calidad al paciente pediátrico.

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 hematopoyesis es el proceso en el que se generan las células sanguíneas partiendo de una célula madre progenitora común, llamada célula madre pluripotencial.

La formación de los huesos u osteogénesis tiene lugar en tres fases. Al principio del estado embrionario, las piezas esqueléticas son de naturaleza conjuntiva, por lo que se muestran como masas homogéneas de aspecto mucoso.

Más avanzado el proceso, el tejido conjuntivo se convierte en tejido de naturaleza cartilaginosa. Por último, el cartílago es sustituido por el tejido definitivo de naturaleza ósea.

Existen tres tipos de células en el tejido óseo:

- Osteoblastos: son células responsables de la formación del tejido óseo. Gracias a ellas se genera nuevo tejido.
- Osteocitos: son las células del tejido óseo adulto.
- Osteoclastos: son las células responsables de la reabsorción de tejido y, por tanto, de mantener el equilibrio en el tejido óseo entre el nuevo y el antiguo.

El crecimiento de los huesos tiene lugar especialmente en la edad infantil, y los huesos crecen tanto en longitud como en grosor.

- Longitudinalmente: en los huesos largos se produce a partir de los cartílagos de crecimiento, situados entre la epífisis y la diáfisis, llamada metáfisis. Estos, a medida que va creciendo el hueso, van osificándose hasta aproximadamente los 20-25 años, cuando los huesos dejan de crecer.

- En grosor: se lleva a cabo mediante la superposición de nuevas capas de tejido óseo compacto, que se forma a partir de la proliferación del periostio. Al aumentar la edad del individuo, la actividad del periostio va disminuyendo, con lo que el crecimiento en grosor se detiene.

El crecimiento está controlado por la hormona del crecimiento o GH. Además, el metabolismo del calcio y el fósforo está regulado a su vez por dos hormonas, la calcitonina y la parathormona, en presencia de la vitamina D

Los huesos se unen entre sí gracias a las articulaciones que permiten que el esqueleto adopte diferentes posturas.

5 Discusión-Conclusión

El paciente pediátrico se encuentra en el proceso biológico más importante de la infancia: el crecimiento.

Uno de sus puntos clave es la formación y crecimiento de los huesos, que comienza en el estado embrionario.

Hemos visto también ciertas características de los huesos, su composición y sus diferentes tipos y formas.

Así mismo hemos visto que el crecimiento está controlado por hormonas, en este caso por la hormona del crecimiento o GH, la calcitonina y la parathormona.

Los huesos son el tejido que conforma el esqueleto del ser humano, esencial para el movimiento del individuo y la protección de sus órganos vitales, por lo que son de gran importancia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 157

EL AUXILAIR DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGÍA: EL APARATO CARDIOVASCULAR

ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO

JUDIT LÓPEZ COLLADO

LORENA LÓPEZ ABRIL

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA

JUAN DIEGO MOYA CANO

1 Introducción

Las células necesitan oxidar la materia orgánica para poder obtener energía en forma de ATP (catabolismo) y así nutrirse. Para la oxidación, es necesario que reciban un aporte de O₂, lo que produce moléculas que deben ser expulsadas por el organismo: CO₂ y residuos del metabolismo.

El corazón funciona como una bomba que recoge la sangre de las venas y la impulsa hacia las arterias mediante movimientos de contracción y relajación denominados sístole y diástole.

Estos no ocurren simultáneamente en todo el corazón: durante la sístole auricular, los ventrículos se encuentran en diástole, y durante la sístole ventricular las aurículas se hallan en diástole.

Los procesos que se suceden entre dos sístoles auriculares constituyen el ciclo cardiaco.

El ciclo comienza con la sístole auricular: se abren las válvulas mitral y tricúspide y la sangre pasa de la aurícula al ventrículo. Por otro lado, la diástole auricular cierra las válvulas para impedir que la sangre retroceda.

Asimismo, en la sístole ventricular se abren las válvulas semilunares y la sangre pasa del ventrículo a las arterias, mientras que la diástole ventricular cierra las válvulas para impedir que la sangre vuelva al corazón.

La duración de un ciclo cardiaco completo, es decir, el tiempo transcurrido entre dos sístoles auriculares, es de 0,8 segundos. En un individuo adulto, sano y en reposo, el ciclo cardiaco es de 70 ciclos/min.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el aparato cardiovascular, como parte de nuestra formación básica.

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 corazón está localizado en la cavidad torácica, entre los pulmones. Su forma es semejante a un cono invertido, con la punta inclinada hacia la izquierda.

Presenta cuatro cavidades, dos superiores denominadas aurículas y dos inferiores denominadas ventrículos. Si bien los lados izquierdo y derecho del corazón no están comunicados entre sí, las aurículas se comunican con los ventrículos del mismo lado, a través del orificio aurículo-ventricular, con válvulas que impiden el retroceso de la sangre.

- Aurícula derecha (AD): recibe sangre de la vena cava superior, de la vena cava inferior y del seno coronario. Se comunica con el ventrículo derecho por la válvula tricúspide, compuesta por tres laminillas.
- Ventrículo derecho (VD): expulsa la sangre por la arteria pulmonar. Presenta una válvula semilunar o pulmonar para evitar el retroceso de la sangre.
- Aurícula izquierda (AI): cavidad más pequeña y de paredes más gruesas. En ella desembocan cuatro venas pulmonares. Comunica con el ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral o bicúspide, formada por dos laminillas.
- Ventrículo izquierdo (VI): expulsa la sangre por la arteria aorta. Presenta una válvula semilunar o aórtica para evitar que la sangre retroceda.

El corazón presenta las siguientes capas en su pared, desde el interior hacia el exterior:

- Endocardio: capa fina que reviste todas las cavidades internas del corazón. Su superficie, muy lisa, hace que el rozamiento de la sangre sea mínimo. Las válvulas mitral y tricúspide están formadas por pliegues del endocardio.
- Miocardio: constituye la masa muscular del corazón. Está formado por fibras estriadas especiales, de contracción involuntaria.
- Pericardio: es una doble envoltura que rodea el corazón. La hoja interna o pericardio visceral está íntimamente unida al miocardio. Por otro lado, la hoja más externa se denomina epicardio. Entre ambas se localiza la cavidad pericárdica, ocupada por el líquido pericárdico.

La sangre circula constantemente por los vasos sanguíneos, y forma dos circuitos cerrados:

- Circulación pulmonar o menor: Es la circulación entre el corazón y los pulmones, cuyo objetivo es el intercambio gaseoso. Este proceso se ocasiona entre los capilares y alveolos; la sangre sale del ventrículo derecho, a través de la arteria pulmonar, y regresa a la aurícula izquierda a través de la vena pulmonar.
- Circulación sistémica o mayor: Es la circulación entre el corazón y los demás órganos del cuerpo, la cual tiene como objetivo hacer llegar a todos los tejidos del organismo los nutrientes, el O₂, las hormonas y las células inmunitarias. En este caso, la sangre parte del corazón por la arteria aorta, que sale del ventrículo izquierdo, y se dirige hacia la aorta ascendente, para encorvarse poco después hacia la izquierda, dar lugar al cayado de la aorta y descender luego verticalmente hasta la altura de la pelvis donde se bifurca.

El ciclo cardíaco es el choque de las válvulas al cerrarse produce unos ruidos que se conocen como ruidos cardíacos. En algunos casos, si alguna de las válvulas está dañada, la sangre puede gotear en retroceso a través de ellas y producir un ruido característico llamado soplo cardíaco.

El corazón, para mover la sangre hacia el resto del organismo, necesita contraerse y relajarse de forma consecutiva en un ciclo que se denomina ciclo cardíaco y que consta de dos fases: sístole o contracción cardíaca y diástole o relajación cardíaca.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la realización de esta revisión BIBLIOGRÁFICA de la literatura que hemos consultado en plataformas digitales de rigurosidad científica hemos podido conocer como funciona el aparato cardiovascular, como parte de nuestra formación básica en cuidados auxiliares de enfermería.

En la planta de cardiología nos encontramos ante pacientes con enfermedades del aparato cardiovascular, por lo que es importante que todos los profesionales que allí trabajan sepan como funciona este aparato, así como también las señales de alarma que pueden presentarse en un paciente y que son síntoma de urgencias. Es importante también conocer donde se encuentran los carros de parada cardio-respiratoria y que su reposición/funcionamiento sea revisada con periodicidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 158

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

ANA BELÉN DIAZ RUGARCÍA

1 Introducción

La esterilización es el proceso de obtención de un producto libre de microorganismos.¹ El proceso de esterilización debe diseñarse, validarse y realizarse de manera que asegure su capacidad para eliminar la contaminación biológica del producto o un microorganismo más resistente.

La esterilidad no puede demostrarse completamente sin causar la destrucción completa de todas las unidades del lote final; La esterilidad se define en términos probabilísticos, donde la probabilidad de contaminación de una unidad de un producto es suficientemente baja. Un producto crítico se considera estéril cuando la probabilidad de presencia de microorganismos en forma activa o latente es igual o inferior a 1 en 1.000.000 (el factor de seguridad de esterilidad es 10⁻⁶).

Un agente que mata microorganismos se llama bactericida (cide = "matar") o también conocido como "bactericida". Si el agente mata bacterias específicamente, se le llama biocida; Si el hongo muere, se llama fungicida. Después de exponer el desinfectante al aire o su entorno, se vuelve a contaminar con microorganismos. La esterilización por calor se usa comúnmente para matar microorganismos, incluidas las formas más resistentes, como las endosporas.

Número de Microorganismos: Cuanto mayor sea el número de microorganismos presentes inicialmente, más tiempo llevará erradicar a toda la población.

Efectos sobre el medio ambiente: La presencia de materia orgánica a menudo inhibe la acción de los agentes químicos antibacterianos. Los microorganismos presentes en las biopelículas son difíciles de destruir con biocidas porque su actividad depende de la temperatura de la reacción química; Los desinfectantes funcionan un poco mejor a temperaturas más altas.

Tiempo de contacto: los productos químicos antimicrobianos a menudo requieren un tiempo de exposición más largo para que los microorganismos o endosporas más resistentes sean efectivos. Características de los Microorganismos: Dependiendo de las características de los microorganismos, se utilizan diferentes métodos para eliminarlos.

2 Objetivos

El principal objetivo es conocer los principales métodos de esterilización 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

Los métodos de esterilización química son aquellos que involucran el uso de materiales que pueden matar microorganismos, como el óxido de etileno y el peróxido de hidrógeno. El uso de este método está limitado a la industria alimentaria, pero es muy utilizado en otras industrias, como la farmacéutica.

Los métodos físicos son aquellos que no implican el uso de sustancias que matan microorganismos, sino procesos físicos como las radiaciones ionizantes, el calor o soluciones filtrantes con membranas que impiden el paso de microorganismos, incluidos los virus. El método más común en esta categoría es el calor, que mata los microorganismos al desnaturalizar las enzimas; El resultado es un cambio conformacional tridimensional de las proteínas que lo interrumpen. La resistencia al

calor varía con los diferentes microorganismos; Esta diferencia se puede expresar como el punto muerto térmico (TDP), que se define como la temperatura más baja a la que mueren todos los microorganismos en una suspensión líquida en 10 minutos.

Otro factor a considerar durante la limpieza es el tiempo requerido. Esto se puede expresar en el tiempo muerto térmico (TMT), que es el tiempo mínimo que tardan todas las bacterias en un cultivo líquido determinado en morir a una temperatura determinada.

PTM y TMT son pautas útiles que indican la intensidad del tratamiento necesario para matar una cantidad específica de bacterias. El tiempo de reducción decimal (DRT o valor D) es el tercer concepto relacionado con la tolerancia al calor de las bacterias. TRD es el tiempo, en minutos, durante el cual se elimina el 90% de las bacterias a una temperatura determinada. En resumen, el tratamiento térmico es un método para conservar los alimentos. método de calor

Los métodos térmicos generalmente incluyen todas las acciones que no son más que la destrucción de microorganismos por parte de la persona responsable. Estos métodos son tanto la pasteurización como la esterilización, cuyo principal objetivo es matar los microorganismos, así como el blanqueo y la cocción, procesos en los que también se consigue una cierta reducción de la microflora, pero el objetivo principal es modificar las propiedades físicas.

5 Discusión-Conclusión

La esterilización es un proceso capaz de eliminar todas las formas de vida microbiana, especialmente las esporas, por métodos físicos (calor seco y calor húmedo), químicos (líquidos o gaseosos) y físicos y químicos tales como gases químicos a baja temperatura, combinaciones de vapor (peróxido de hidrógeno) o métodos de plasma (peróxido de hidrógeno).

La esterilización es un proceso capaz de eliminar todas las formas de vida microbiana, especialmente las esporas, por métodos físicos (calor seco y calor húmedo), químicos (líquidos o gaseosos) y físicos y químicos tales como gases químicos a baja temperatura, combinaciones de vapor (peróxido de hidrógeno) o métodos de plasma (peróxido de hidrógeno).

6 Bibliografía

Archundia García, Abel (1997). «Capítulo 4: Esterilización y antisépticos». Educación quirúrgica para el estudiante de ciencias de salud. México: Méndez-editores. pp. 81-109. ISBN 968-6596-20-8. OCLC 39719626. «ISBN 9789686596205».

(Autor del capítulo) (29 de agosto de 2011). Dr. Jesús Tápia Jurado; Dr. Abel Archundia García; Dr. Wulfrano Antonio Reyes Arellano, eds. Introducción a la cirugía. México: McGraw-Hill (publicado el 20 de septiembre de 2011). pp. (Pags). ISBN 978-607-02-2469-0.

«Los mejores esterilizadores ultravioleta del mercado».

Esterilización <https://web.archive.org/web/20100516173920/http://www.soprotehospitalario.com.ar/propia.ht7m>

Capítulo 159

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): LA CRIOTERAPIA Y LA TERMOTERAPIA

YOLANDA CEREZO JIMENEZ

1 Introducción

La fisioterapia es el tratamiento a través del ejercicio terapéutico, del frío, del calor, del agua, de la luz, del masaje y de la electricidad. Nos centraremos en la aplicación terapéutica de los siguientes agentes físicos: el frío (crioterapia) y el calor (termoterapia).

Se conoce como crioterapia a la aplicación terapéutica del frío. Se empieza a utilizar en tiempo de los egipcios, y desde entonces a lo largo de la historia de la humanidad.

El frío es un vasoconstrictor, hace que tanto la temperatura corporal como el metabolismo disminuyan y puede actuar como analgésico y anestésico. Por lo mismo, su uso está indicado para aliviar dolores o bajar inflamaciones, aunque no se recomienda en problemas cutáneos o en casos de alta sensibilidad al frío.

La termoterapia es la aplicación del calor sobre el cuerpo con fines terapéuticos. A pesar de que el límite lo determine la sensibilidad cutánea de cada persona, se recomienda que el calor que se aplica no supere los 58 °C. El mínimo se sitúa entre los 34 y los 36 °C.

El calor puede propagarse de un cuerpo a otro a través de la conducción (las células calientes ceden parte de su energía a las adyacentes si están más frías), la convección (por desplazamiento de un fluido), la radiación (emisión de energía térmica por radiación) o la conversión (aplicación de una energía cinética

o mecánica que es conducida, absorbida y transformada en otra energía por el propio cuerpo).

2 Objetivos

Dar a conocer como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario, en qué consisten las dos técnicas de aplicación terapéutica del frío y el calor.

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

Bajo prescripción médica, la crioterapia puede aplicarse a través de medios sólidos (frío seco), medios líquidos (frío húmedo) o medios gaseosos:

Frío seco

A través de bolsas de hielo (de

10 a 20 minutos), compresas frías (para inflamaciones o golpes) o bolsas de hidrocoloide

(contienen una sustancia química en forma de gel que con el contacto del agua se enfría a -15 °C casi inmediatamente) que se aplican de forma local.

Frío húmedo

A través de hielo (en masajes o en inmersión) o baños fríos (de cuerpo entero o parciales y con temperaturas entre -15 y -18 °C).

Medios gaseosos

Con nieve carbónica, espráis de vapor frío (alivio frío de tipo inmediato) o nitrógeno líquido

(con una corriente de aire sobre la piel del paciente se convierte en gaseoso).

A nivel local, la termoterapia contribuye a aumentar el flujo sanguíneo y la permeabilidad capilar.

Incrementa también la actividad metabólica y la elasticidad de los tejidos. Tiene un efecto antiinflamatorio, analgésico y relajante para las fibras musculares. A nivel general, produce un aumento de la sudoración, del trabajo cardíaco y del esfuerzo respiratorio, puesto que el calor es un vasodilatador.

El calor está indicado para esguinces, golpes, dolores musculares, artritis, artrosis, dolores gástricos, neuralgias, laringitis, litiasis o cistitis, etc. La termoterapia también favorece la relajación general y el bienestar, y es muy útil para combatir procesos inflamatorios, como los abscesos, o para favorecer la cicatrización.

No se recomienda la aplicación de calor en casos de heridas abiertas, de cardiopatías, de afecciones inflamatorias abdominales, de inflamaciones agudas del aparato locomotor ni tampoco en pacientes con medicación anticoagulante.

La aplicación de la termoterapia puede ser superficial o profunda.

Superficial

La termoterapia superficial, es decir, de baja penetración cutánea, puede ser sólida (arena o psamoterapia; termóferos, como las bolsas de agua caliente; envolturas secas, como mantas o sábanas calentadas; manta y almohadillas eléctricas, compresas calientes, etc.), líquida o semilíquida (peloides, parafina, parafangos, baños calientes), por medios gaseosos (aire seco o vapor de agua) o por medio de radiaciones (infrarrojos o radiación ultravioleta)

Profunda:

Se calientan directamente los tejidos en profundidad. Se conoce como diatermia y se emplean corrientes eléctricas de alta frecuencia (láser, microondas, etc.). La termoterapia profunda es mucho más compleja y, por consiguiente, mucho menos utilizada.

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 consisten las dos técnicas de aplicación terapéutica del frío y el calor en pacientes bajo prescripción médica.

Se sabe que la crioterapia es la aplicación terapéutica del frío y que el frío es un vasoconstrictor, hace que tanto la temperatura corporal como el metabolismo disminuyan y puede actuar como analgésico y anestésico. Se puede aplicar a través de frío seco, húmedo o gaseoso.

La termoterapia es la aplicación del calor sobre el cuerpo con fines terapéuticos. Contribuye a aumentar el flujo sanguíneo y la permeabilidad capilar.

Incrementa también la actividad metabólica y la elasticidad de los tejidos. Tiene un efecto antiinflamatorio, analgésico y relajante para las fibras musculares. La aplicación de la termoterapia puede ser superficial o profunda.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del TCAE respecto a estos aspectos básicos expuestos en este capítulo sobre la crioterapia y termoterapia.

6 Bibliografía

1. CRIOTERAPIA - Radiological Society of North America, Inc. (RSNA). (15 de Junio 2020) <https://www.radiologyinfo.org/es/info/cryo>
2. TERMOTERAPIA - Patricia Hernandez (2021) <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/termoterapia#:~:text=La%20termoterapia%20consiste%20en%20el,un%20efecto%20terap%C3%A9utico%20y%20relajante.>

Capítulo 160

LA IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON BRONQUIOLITIS

ROSA GALLEGO ROMÁN

ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL

BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS

1 Introducción

La bronquiolitis es una inflamación de los bronquios a consecuencia de una infección viral (VRS 50-70 %, rinovirus 20-40 %, metepneumovirus 4-7 %, para influenza 4-7 %, adenovirus 3 %, influenza 1-2 %). Se suele dar en pacientes menores a los 24 meses. El pico álgido de esta enfermedad es sobre los 2-10 meses. La consideramos una epidemia estacionaria de carácter invernal. Su inicio suele ser en las vías altas respiratorias y sobre las 48-72 horas progresa a vías aéreas inferiores. El proceso de la bronquiolitis es el siguiente:

Inicialmente el virus contacta con la mucosa nasal, hay una réplica viral en los bronquiolos, esto produce un edema de mucosa nasal y lo que conlleva al mal

transporte de las secreciones, por lo que obstruye las vías respiratorias y da lugar a un atrapamiento aéreo y atelectasias. Este resultado nos lleva a una hipoxemia y a un aumento del trabajo respiratorio. Diferenciamos dos fases de bronquiolitis, la primera que será inflamatoria y la segunda fase con hipersecreción.

Signos y síntomas:

Tos, taquipnea, dificultad respiratoria, tiraje de musculatura (subcostal, intercostal, supraclavicular, hioideo), cianosis (peribucal, uñas de las manos y lóbulos de las orejas), fiebre, sibilancias y dificultad en la alimentación y en el sueño.

El diagnóstico lo podemos dividir en 4 partes:

- Clínico: presenciamos sibilancias, cuadro catarral y aumento del trabajo respiratorio.
- Etiológico: test rápido de diagnóstico, cultivo viral de secreciones nasofaríngeas, PCR y estudio de adenovirus, influenza y parainfluenza en VRS negativos.
- Radiografía de tórax, donde observamos si hay hiperinsuflación pulmonar.
- Pulsioximetría y capnografía.

Criterios de ingreso hospitalario:

Niños con alto riesgo, niños con saturación de oxígeno por debajo de 94 %, frecuencia respiratoria mayor a 70 respiraciones por minuto, observación de atelectasias en radiografías de tórax y mala tolerancia alimentaria.

2 Objetivos

Realizar una revisión de la literatura científica disponible sobre la bronquiolitis, sus posibles causas y el manejo clínico, a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Paciente con 8 meses de edad, diagnosticado de bronquiolitis. Los padres acuden a nuestra consulta y nos refieren que el bebé tiene cierta dificultad para respirar y además, también tiene tos, sobre todo por las noches y pérdida de apetito.

Comenzamos a desarrollar una buena anamnesis, preguntamos por el diagnóstico médico y posibles antecedentes personales (patologías, cirugías, antecedentes familiares de asma, episodios de sibilancias, alergias, dermatitis, ingresos hospitalarios relacionados, medicación, edad gestación al, tipo de parto, peso al nacer, si tomó leche materna o de fórmula). También vamos a preguntar por la posible humedad que hay en la casa, posible contaminación (proximidad a

fábricas, polígonos), tabaquismo prenatal y posnatal y entorno que pueda generar alergias (animales).

Seguimos con la exploración visual, donde vamos a observar el tipo de patrón respiratorio (si es abdominal, torácico o paradójico), si presenta signos de hiperinflación, tiraje de la musculatura respiratoria y presencia de cianosis.

Exploración:

Durante la exploración, observamos que tiene sibilancias inspiratorias y espiratorias escuchadas con el fonendoscopio, con ruidos respiratorios basales atenuados en el pulmón izquierdo y también apreciamos una respiración nasal ruidosa.

Su frecuencia respiratoria es de 55 respiraciones por minuto. Observamos tiraje de la musculatura intercostal y el estado general del niño parece bueno.

Le vamos a pasar la escala de Wang para saber si podemos tratar al paciente y obtenemos un resultado de 1, por lo que podemos iniciar tratamiento.

Comenzamos con una limpieza de la vía aérea superior eliminando las secreciones situadas en la parte anterior de las fosas nasales, para ello colocamos al paciente en decúbito prono con los brazos hacia atrás y la cabeza ladeada, sujetamos al bebé y con nuestra mano craneal le vamos rotando la cabeza al paciente y con la mano caudal, le vamos echando suero de forma pausada por la fosa nasal superior, saliendo así las secreciones por la fosa nasal inferior.

Después, aplicamos la medicación broncodilatadora con mascarilla o cámara y también aplicamos el suero hipertónico nebulizado.

Seguimos con la técnica de espiración lenta prolongada (ELpr), donde vamos a colocar al paciente en decúbito supino con una inclinación del cabecero de unos 30°, para evitar el reflujo gastroesofágico. Procedemos con nuestra mano craneal a colocarla en el tórax del bebé y nuestra mano caudal la colocamos en la zona infraumbilical del bebé y ahí, lo que haremos durante la fase espiratoria es una ligera compresión hacia la camilla y hacia craneal con nuestra mano caudal, y con la mano craneal, bloqueamos el tórax durante la fase inspiración, esta maniobra la podemos repetir al menos durante 3 o 4 ciclos ventilatorios, después dejamos respirar con normalidad al bebé. Para finalizar, cuando las secreciones se sitúen en la vía aérea superior, esperamos una tos espontánea del bebé o hacemos una tos provocada activando el reflejo tusígeno en la tráquea.

4 Discusión-Conclusión

Los resultados que obtenemos es la mejoría del paciente tras el trabajo de un equipo multidisciplinar, e integramos a su vez los tratamientos realizados a la

enseñanza de los padres, para que puedan realizar dichos tratamientos en el domicilio cuando las condiciones sean propicias para ello, ya que es fundamental que los pacientes pediátricos se sientan cómodos en su entorno para que las condiciones de trabajo sean lo más llevaderas posible.

De esta forma, con la fisioterapia respiratoria en pacientes pediátricos, disminuimos la carga de químicos y diversos fármacos en estos pacientes, utilizando así medios físicos con la finalidad de obtener una mejoría de la sintomatología que presenten estos pacientes.

5 Bibliografía

1. Wang EEL, Milner RA, Navas L, Maj H. Observer Agreement for Respiratory Sings and Oximetry in Infants Hospitalized with Lower Respiratory Infections. *Am Rev Respir Dis*. 1 de enero de 1992;145(1):106-9.
2. Alexandrino AS, et al. Immediate effects of a Regino-pharyngeal clearance protocol in nasal obstruction and middle ear condition of children under 3 years of age with upper respiratory infections: A randomized controlled trial. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.otorrinolaringologías.2018.03.004>.
3. Muñoz G, de Gracia J, Buxó M, et al. Long-term benefits of airway clearance in bronchiectasis: a randomised placebo-controlled trial. *Eur Respir J* 2018; 51: 1701926.

Capítulo 161

FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON ESPOLÓN CALCÁNEO

ROSA GALLEGO ROMÁN

ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL

BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS

1 Introducción

El espolón calcáneo es una patología asociada principalmente a la fascitis plantar con mecanismo producido inicialmente por sobrecargas, microfracturas o microarrancamientos en la inserción de la fascia plantar en el calcáneo, lo que origina un depósito excesivo de calcio en la zona produciendo una neoformación de hueso en forma triangular o de lanza denominado espolón.

La fascia plantar es un tejido conectivo que se origina en las tuberosidades inferiores medial y lateral del calcáneo, hasta insertarse en las cabezas de todos los metatarsianos, y en la base de las falanges proximales de los cinco dedos y cuyas funciones principales es la estabilización de los metatarsianos durante la marcha, soporte del arco longitudinal interno del pie y amortiguación de impactos.

Cuando el grosor de la fascia plantar aumenta por sobrecarga, aumenta la tensión en la zona y dicha fascia se elonga más de lo habitual produciendo la fascitis plantar.

En la actualidad el espolón calcáneo es una de las patologías más recurrentes en las consultas sanitarias ya que es una de las principales patologías del pie junto con la fascitis plantar.

El sobrepeso, tener el pie plano o muy arqueado, trabajar mucho tiempo de pie en superficies duras, uso de calzado rígido y la mala biomecánica de la marcha y la carrera son los principales factores que pueden propiciar esa entesitis en el calcáneo y la siguiente calcificación y formación del espolón.

La clínica del espolón suele ser un dolor agudo y punzante por debajo del talón debido a la forma que adquiere de lanza con lo que al apoyar el pie y hacer presión sobre los tejidos de las partes blandas que rozan contra él produce esa punción e inflamación.

Para su diagnóstico se suele realizar una radiografía donde se apreciará la neoformación de hueso en la inserción de la fascia plantar en el calcáneo.

Nuestro objetivo primario como fisioterapeutas es el tratamiento conservador intentando romper los depósitos de calcio y aliviar del dolor agudo y punzante con el que el paciente suele acudir a consulta.

Otros objetivos serán:

- Reducir la tensión y movilidad de la fascia plantar.
- Trabajo muscular y biomecánico.
- Mejorar la movilidad articular activa y pasiva de las articulaciones tibioperonea astragalina y subastragalina.
- Corrección y reeducación del patrón de la marcha.
- Valorar causas como el sobrepeso, calzado y hábitos e instruir al paciente para mejorarlos.
- Enseñar pautas de automasaje, descarga y autoestiramientos de la fascia

2 Objetivos

Describir a partir de un caso clínico el tratamiento de fisioterapia en pacientes con espolón calcáneo.

3 Caso clínico

Varón de 47 años que acude a consulta con dolor punzante en la zona del talón derecho que le incapacita para la marcha por el cual se encuentra en situación de baja laboral desde hace dos meses. Aporta informe del médico de empresa con el diagnóstico de espolón calcáneo mediante radiografía y el tratamiento con reposo, AINES y uso de talonera.

El paciente nota muy poca mejoría y no es capaz de dejar los antiinflamatorios, la talonera lo alivia pero sigue con incapacidad para la marcha presentando un fuerte dolor punzante cuando apoya el peso en el talón.

En la anamnesis destacamos que el paciente trabaja con botas de seguridad 8 horas diarias, que antes del dolor en el talón llevaba más de dos años con dolor en el arco del pie pero que no le incapacitaba.

A la exploración encontramos los siguientes hallazgos significativos:

- Paciente con ligero sobrepeso, patrón de la marcha alterado con fuerte dolor en la fase de apoyo en el talón derecho.
- Arco plantar derecho reducido y apoyo en pronación.
- Test de windlass positivo ya que presenta dolor en el talón a la flexión dorsal de la primera articulación metatarso-falángica.
- Fuerte dolor a la palpación de la fascia plantar siendo punzante al presionar la inserción en la base del calcáneo.
- Tensión de la fascia plantar, musculatura peronea y gemelos sobrecargados.
- Movilidad de la articulación subastragalina dolorosa.

Con todo esto y la radiografía que nos aporta realizada por su médico de empresa, donde se ve un espolón de tamaño reducido en forma de lanza, diagnosticamos un claro espolón calcáneo asociado a una fascitis plantar crónica.

Pautamos tratamiento diario en nuestro centro donde lo dividimos en 3 fases realizando:

Primera fase, hasta romper calcificación:

- Ultrasonidos y ondas de choque en la zona del espolón para romper la calcificación, hielo, reposo y AINES después de las sesiones ya que la zona queda muy dolorosa. Utilizamos Ecógrafo cada tres días para ver evolución.
- Uso de plantillas de gel con refuerzo en talón y arco plantar.
- Masaje transversal profundo y vendaje funcional de descarga del arco longitudinal y transversal plantar.

Después de tres semanas observamos en el ecógrafo como el espolón se ha reducido ya que hemos conseguido romper la mayor parte de la calcificación y ha perdido la forma de lanza.

Continuamos con la segunda fase del tratamiento con:

- Reducción de la inflamación de los tejidos blandos con masajes de descarga, electroterapia, kinesiotape y hielo.
- Trabajo de la movilidad articular global y específica del pie.
- Trabajo de la fascia plantar, musculaturas peronea y gemelos insistiendo en descarga y estiramientos ya que el paciente realiza pronación en la pisada y debemos descompensar dicha tensión.

- Trabajo de tonificación de arco plantar y tibiales.

Una vez reducida la inflamación y trabajado la movilidad y tono muscular empezamos la tercera fase del tratamiento con:

- Reeducación y mejora de la biomecánica de la marcha hasta observar el apoyo normal del pie.
- Enseñar autoestiramientos, automasajes y descarga de la fascia plantar.
- Uso de plantilla de gel con refuerzo en talón y arco plantar en las botas de trabajo.

Tras tres meses de tratamiento el paciente puede apoyar el pie sin dolor, no presenta incapacidad a la marcha y comienza a trabajar.

Se ha reducido el espolón de manera que no le molesta en la fase de apoyo ni a la palpación ya que se redujo la calcificación en forma de lanza que le producía el dolor punzante.

Con la mejora de la biomecánica de la marcha en la que ya no realiza pronación en el apoyo que era lo que le tensaba la fascia plantar y con la introducción de las plantillas en las botas del trabajo el paciente consigue reducir la tensión de la inserción de la fascia en la base del calcáneo, ya no le produce entesitis y posterior calcificación con lo que no se repite el espolón.

4 Discusión-Conclusión

Comprobamos que la fascitis plantar crónica puede producir a la larga la aparición de un espolón calcáneo ya que la entesitis de la fascia en su inserción acaba produciendo la calcificación de la misma y la neofomación anómala de hueso.

La reducción de la calcificación y la solución de los problemas que producen la fascitis que en este caso era la pronación del pie en la marcha y el calzado son fundamentales para aliviar y solucionar el espolón.

Hay que destacar realizar siempre el análisis biomecánico de la marcha porque siempre nos dará una pista de los desequilibrios que puede presentar el paciente que en este caso descrito era la pisada en pronación el origen fundamental de todo lo demás.

El tratamiento del espolón calcáneo es generalmente conservador y teniendo en cuenta los factores que han derivado a su formación en cada individuo, acudiendo al quirúrgico como última solución.

5 Bibliografía

1. Fernández Costales JM. Espolón Calcáneo. Revista Podologia com Junio 2005;2:6-13.
2. Aranda Bolívar Y , Pérez Belloso A., Alcalá Sanz J., Molina González S., Ortiz Romero M., Gordillo Fernández L. Protocolo de actuación en el tratamiento definitivo de la fascitis plantar. Importancia de la férula nocturna antiequina. El Peu 2010.
3. Manejo terapéutico de la fascitis plantar. Tribuna Médica (revista en internet) 2013 enero (acceso 8 mayo 2013); 54.

Capítulo 162

FISIOTERAPIA Y LA APLICACIÓN DE LA TERMOTERAPIA

ROSA GALLEGO ROMÁN

ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL

BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS

1 Introducción

La termoterapia forma parte del tratamiento en fisioterapia y se define como la aplicación o el uso del calor como terapia médica para aliviar el dolor y/o mejorar la salud y suele utilizarse con fines de rehabilitación o terapéuticos, de ahí su gran uso en la fisioterapia.

Se puede aplicar a través de diferentes medios, ya sea mediante una bolsa de agua caliente, compresas de paños calientes, manta eléctrica o mediante agentes profesionales como los ultrasonidos, parafina, infrarrojos, microondas y onda corta entre otros.

La termoterapia puede tener una aplicación local en una zona en concreto o puede ser general y tratar varios grupos musculares a la vez.

También tenemos otra clasificación de su aplicación que en vez de por zona es por profundidad del músculo, ligamento o tendón que queramos tratar.

En este caso podría ser una aplicación superficial, para la que utilizaríamos el infrarrojo, manta eléctrica, los compresas húmedas-calientes, baños de contraste, hidroterapia o parafina. O también podría ser una aplicación profunda, para lo que tendríamos que utilizar la microondas, ultrasonido u onda corta.

Dependiendo del objetivo de nuestro tratamiento elegiremos una opción u otra de aplicación y así obtendremos el beneficio deseado como complemento en nuestro tratamiento.

2 Objetivos

Exponer las ventajas de la termoterapia en fisioterapia, así como de sus usos y contraindicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una documentación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente relacionada con la termoterapia y su aplicación en la fisioterapia.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos especializadas: Seram (Sociedad Española de Radiología Médica, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los fisioterapeutas, aplicamos la termoterapia con diferentes fines.

Podemos con ella tratar lesiones, paliar dolores o utilizarla como parte de un tratamiento preventivo.

En caso de utilizarla como agente colaborador para tratar lesiones, podemos hacerlo en lesiones inflamatorias tanto de la piel como del músculo, ligamento, tendón o articulaciones.

Podemos incluso tratar cólicos y aplicarlo en las barrigas de los bebés. También está indicado en casos de dolores reumáticos y artríticos.

Esto se debe a que la temperatura aplicada, al ser superior a la del propio cuerpo, logramos un efecto terapéutico relajante.

Al existir dicho aumento de temperatura en el organismo, se produce un efecto vasodilatador y aumenta el flujo de sangre en la zona en la que aplicamos el calor,

como tratamiento local, y así conseguimos un efecto analgésico.

Por otro lado, también conseguimos que disminuya la presión arterial.

Aunque nos aporta numerosos beneficios, tiene también algunas contraindicaciones y tenemos que tener cuidado en los casos en que los pacientes estén anticoagulados, ya que al producirse esta vasodilatación de la que tanto venimos hablando ya que es su principal efecto y aumentar el riego sanguíneo del organismo, podría tener alguna consecuencia no deseada para dichos pacientes.

Esta técnica se utiliza sobre todo cuando hemos pasado la fase aguda de la lesión, es decir, a unas 48 horas después de la lesión si es un problema muscular.

Su aplicación suele oscilar entre unos 10 minutos y media hora aunque este tiempo siempre variará y dependerá de la técnica utilizada y de la zona en la que se aplica el tratamiento.

A pesar de todos los beneficios que estamos comentando también tenemos que tener en cuenta que si no se controla y se aplica más de lo necesario puede provocar bajada de tensión y mareos.

5 Discusión-Conclusión

La termoterapia, es decir, la terapia a través del calor, aporta un gran beneficio al músculo, del que nosotros los fisioterapeutas nos beneficiamos, ya que además de favorecer la relajación y tener un efecto sedante, al producir también vasodilatación, hace que aumente el aporte de oxígeno y nutrientes del músculo y favorece la eliminación de dióxido de carbono y de los desechos metabólicos que el organismo no necesita.

Esto hace que se convierta en un gran aliado en nuestras terapias o incluso antes de empezar el tratamiento para preparar la zona por ejemplo previo a la masoterapia, ya que nos ayuda a disminuir la rigidez general.

6 Bibliografía

1. Therapeutic modalities in rehabilitación, 2011. Williame E. Prentice.
2. Estimulación eléctrica transcutanea y neuromuscular. Juan Maya Martin y Manuel Albornoz Cabello.
3. Agentes físicos en la rehabilitación. De la investigación a la práctica. 3 edición.

Capítulo 163

SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO Y FISIOTERAPIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA

1 Introducción

El Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) se define por la International Association for the Study of Pain (IASP) como una situación clínica caracterizada por un dolor regional, no específico de un territorio neurológico, continuo y desproporcionado en cuanto a tiempo o intensidad respecto a la evolución normal del traumatismo o lesión que lo desencadena.

El dolor es incapacitante, de predominio distal y, asimétrico, empezando en una extremidad, aunque puede extenderse a otras partes del cuerpo, y cursa con manifestaciones sensoriales, motoras, sudomotoras, vasomotoras y/o tróficas. En referencia a la evolución, ésta es muy variable y no suele responder a un tratamiento analgésico convencional.

En cuanto a las manifestaciones clínicas del SDRC, se considera que un 70 % de los afectados presentan SDRC caliente, que aparece en las fases iniciales y que se manifiesta con predominio del calor, enrojecimiento y edema locales; y un 30 % de los pacientes presentan SDR frío, característico de la fase crónica, que cursa con piel fría, oscura y sudorosa.

Las manifestaciones clínicas se podrían agrupar en tres áreas:

- Manifestaciones sensoriales: dolor profundo (más del 90 % de pacientes) de intensidad variable, que aumenta con el contacto, el ejercicio y la inmovilización

forzada, los cambios de temperatura y el estrés. Éste dolor se define como "quemante y punzante", y existe además alodinia e hiperalgesia.

- Manifestaciones autónomas: presencia de edema blando de aparición precoz y, con el tiempo, se convertiría en un edema duro fibrótico. La percepción del paciente es que su extremidad sigue estando más hinchada en comparación con el lado contralateral. También aparecen cambios de temperatura y de coloración cutánea (70%-80% de pacientes), así como alteraciones en el vello y las uñas del miembro afecto. Se observan trastornos vaso y sudomotores, y atrofia muscular y cutánea.

- Manifestaciones motoras: disminución del rango osteomuscular (80 % de pacientes) y debilidad muscular con atrofia, fibrosis y contracturas musculares en fases más avanzadas; temblor esencial en más de la mitad de los pacientes. Algunos de estos trastornos motores podrían alterar la reorganización central, afectando al miembro contralateral.

Referente al diagnóstico, no existe hasta la actualidad, ningún criterio diagnóstico estandarizado que identifique el SDRC. El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica (severidad y duración de los síntomas y signos, el tipo de fractura y gravedad de la lesión, y la exploración física del miembro afectado). Hay otras herramientas que complementan el diagnóstico como gammagrafía ósea, electromiografía, TAC, RMN, termómetros y mediciones Doppler.

En consideración al tratamiento, éste abarca el tratamiento farmacológico (principalmente con corticoesteroides orales, calcitonina, biofosfonatos y anticonvulsivos), y tratamiento de fisioterapia, con técnicas como ejercicio aeróbico, técnica del espejo y Graded Motor Imagery, ejercicios de stress loading, electroterapia analgésica, terapia de exposición al dolor y desensibilización, drenaje linfático manual e hidroterapia para el edema, punción seca muscular y tratamiento postural.

Además, estarían el tratamiento médico intervencionista, con técnicas de estimulación de la médula espinal, bloqueo del sistema nervioso simpático y simpatectomía, y el tratamiento psicológico, a través de técnicas de control de ansiedad y miedo, biofeedback y técnicas de relajación y respiración.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas de fisioterapia utilizadas en el tratamiento contemporáneo del SDRC, dentro de la evidencia científica actual.

- Delimitar los efectos de las técnicas de fisioterapia en las diferentes fases del SDRC.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica simple y ordenada, se basa en la investigación de la literatura científica actual disponible, elaborándose a partir de la búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, SciELO, PEDro (Physiotherapy Evidence Database), MedLine, Google Académico y Cochrane.

Con respecto a los criterios de selección, los criterios de inclusión y de exclusión fueron:

- Criterios de inclusión: artículos relacionados con el SDRC que incluyeran abordaje fisioterápico, revisiones sistemáticas con máxima antigüedad de 10 años, artículos en idiomas inglés o español, artículos que aborden protocolos de tratamiento del SDRC.
- Criterios de exclusión: artículos publicados en revistas de bajo impacto científico, artículos relacionados con el SDRC con intervenciones únicas farmacológicas o médicas.

Entre las palabras claves utilizadas: Complex regional pain syndrome (síndrome de dolor regional complejo), distrofia simpática refleja, chronic pain (dolor crónico), fisioterapia (physiotherapy) treatment (tratamiento) y terapia física.

4 Resultados

Tras la búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, quedaron un total de 32 artículos posibles, que cumplieran los criterios establecidos de selección.

Cabe inferir que, según éstos artículos, la fisioterapia sería efectiva para aliviar el dolor y prevenir alteraciones como atrofas o contracturas, estando todavía en desconocimiento y generando controversia las técnicas específicas de fisioterapia más eficaces para el tratamiento del SDRC. Todos coinciden en que el aspecto vital para prevenir el SDRC es evitar la inmovilización tras una lesión, estimulando la extremidad afecta, e individualizando las características del tratamiento en función del paciente.

Los estudios parecen indicar que, intervenciones de fisioterapia muy intensas podrían ser contraproducentes a la evolución de la enfermedad, así como un abor-

daje fisioterápico inapropiado podría aumentar el dolor, el edema y la fatiga y exacerbar la inflamación y síntomas simpáticos.

Autores como Porro et. al señalan que la fisioterapia desempeña un papel fundamental, pero debe complementarse con otras modalidades de tratamiento, como la farmacología y la terapia ocupacional y psicológica para obtener resultados verdaderamente satisfactorios.

A rasgos generales, la mayoría de los estudios coinciden en que el principal objetivo en un primer estadio agudo sería restaurar el proceso sensitivo normal, con ejercicios de movilización y desensibilización del dolor, y una vez alcanzado este objetivo, se pasará a aumentar y mejorar la movilidad a través de cinesiterapia activa y funcional.

En cuanto a las técnicas específicas de fisioterapia que más evidencia aportan y sus efectos:

- Cinesiterapia activa y activo: asistida en fases más agudas junto con terapia manual para prevención del edema y contracturas, y ejercicios isotónicos y contrarresistidos en fases más avanzadas, respetando el dolor. A su vez, el ejercicio aeróbico general ha demostrado que reduce la hiperalgesia y alivia el dolor en combinación con el tratamiento convencional.
- Masoterapia: en fases iniciales como en etapas más tardías para alivio del dolor y reducción del edema.
- DLM: evidencia científica muy escasa, aunque algunos estudios sugieren que resulta efectivo a corto plazo para la reducción del edema y alivio del dolor, a pesar de que a largo plazo no reporta los beneficios que reporta el ejercicio físico.
- Pain (Terapia de exposición al dolor): programa de ejercicio físico progresivo y de manejo del dolor, con objetivo de ir eliminando los miedos relacionados con la enfermedad, como la kinesiophobia. El estudio de Van de Meent et al., incluye técnicas de movilizaciones pasivas y activas para articulaciones y trabajo del aumento de la fuerza muscular.
- Electroterapia:

Corrientes tipo TENS: varios autores apoyan que podría estimular la reorganización cortical y modificar los umbrales del dolor. Indicado en estadios iniciales como analgesia y para la disminución del edema. Según Bilgili et al., demostró que el TENS combinado con el tratamiento estándar (baños de contraste o programas de ejercicio), disminuía el dolor y el edema en comparación con el tratamiento estándar únicamente.

Corrientes Interferenciales: por su acción analgésica a través de los mediadores

inflamatorios, que producen una reducción de prostaglandinas E-2 e inhiben los efectos de la ciclooxigenasa.

Láser: el láser de intensidad baja por sus efectos terapéuticos para disminuir el edema e inflamación, y mejorar las habilidades regenerativas.

Ultrasonidos: algunos estudios respaldan que, en fases iniciales sería efectivo para el dolor, mientras no haya rechazo del paciente al contacto; sin embargo, Kiralp et al., sugieren que no es efectivo en el SDRC, ya que no muestra diferencias en comparación con el grupo placebo.

Magnetoterapia: escaso número de investigaciones, pero Kiralp et al., defienden en su revisión sistemática que no ofrece beneficios como tratamiento para el SDRC.

- Crioterapia: parecería efectiva en fases iniciales como analgésico y para tratamiento del edema.
- Hidroterapia: baños de contraste frío – calor, mejorarían la circulación, alternando vasodilatación y vasoconstricción de manera continua, disminuyendo dolor y edema, pero según Lu et al., NINDS y Gierthmühlen et al., solo se utilizaría en estadios agudos para no exacerbar el dolor.
- Terapia de espejo: diez de los artículos estudiados sugieren que esta técnica surtiría beneficios en cuanto a que reduce dolor y rigidez, mejora funcionalidad, en pacientes con SDRC agudo sobre todo. Cacchio et al., demostró que disminuye la alodinia y el dolor, y aumenta movilidad y funcionalidad.
- Graded Motor Imagery: O'Connell et al., Shah et al., Veizi et al., y Harden et al. han demostrado que mejora la funcionalidad y alivio del dolor en comparación con la fisioterapia tradicional.
- Stress Loading: Veizi et al., , Shah et al., y Field et al., afirman que no hay suficiente evidencia científica para indicar que esta terapia reporte beneficios para el tratamiento del SDRC.
- Educación al paciente: Patterson et al., afirman que el entrenamiento en la mejora de la postura a través de la educación al paciente prevendría rigideces y deformaciones, así como el entrenamiento al uso de férulas funcionales y dinámicas.

5 Discusión-Conclusión

- En el abordaje del síndrome de dolor regional complejo (SDRC) sería vital realizar un tratamiento precoz, que incluyera en un principio ejercicios de movilidad, prevención de deformidades y disminución del dolor y del edema, complementado con tratamiento farmacológico y/o tratamiento médico interven-

cionista que coayuden a reducir los síntomas del paciente y permitieran llevar a cabo el tratamiento de fisioterapia. Por tanto, la actuación debería ser desde un equipo multidisciplinar, que también aúne terapia psicológica y terapia ocupacional.

- Entre los diversos tratamientos que conforman el abordaje del SDRC, la fisioterapia sería uno de los pilares básicos en la recuperación del paciente, según la bibliografía consultada.
- Se podría confirmar que las técnicas de fisioterapia con mayor efectividad y más fuerte evidencia científica tienen son la terapia en espejo, el graded motor imagery y los ejercicios de desensibilización al dolor, que mejoran el dolor a través de las reorganizaciones corticales a nivel central y de las vías descendentes medulares inhibitorias del dolor. Así mismo, técnicas de electroterapia como las corrientes interferenciales o el láser de intensidad baja, han demostrado que reducirían la inflamación y el edema.
- Se ha hallado controversia y muy bajo nivel de evidencia en técnicas de electroterapia como el ultrasonidos o la magnetoterapia, y técnicas de terapia manual como el drenaje linfático manual, así como mayor controversia todavía en la aplicación de técnicas como la acupuntura.

6 Bibliografía

1. O'Connell NE, Wand BM, McAuley J, Marston L, Moseley GL. Interventions for treating pain and disability in adults with complex regional pain syndrome - an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Rev.* 2013; (4).
2. Veizi IE, Chelimsky CT, Janata WJ. Chronic Regional Pain Syndrome: What Specialized Rehabilitation Services Do Patients Require? *Curr Pain Headache Rep.* 2012; 16(2):139-46.
3. Harden, R. N. et al. Validation of proposed diagnostic criteria (the "Budapest Criteria") for complex regional pain syndrome. *Pain.* 2010 ;150 (2): 268-274.
4. Porro Novo J, Estévez Perera A, Garrido Suárez B, Rodríguez García A, Prada Hernández DM. Enfoque rehabilitador del síndrome de dolor regional complejo tipo I. *Rev Cubana de Reumatología.* 2012; 16 (20).
5. Lu YM, Fu LX, Mu J, Xu HJ, Qi Y. Acupuncture for post stroke shoulder hand syndrome: A systematic review. *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine.* 2009; 9 (9):976-8.
6. Gierthmühlen J, Binder A, Baron R. Mechanism – based treatment in complex regional pain syndromes. *Nat . Rev. Neurol.* 2014; 10(9):518-28.

7. Ryan CG, King R, Robinson V. Transcutaneous electrical nerve stimulation using an LTP-like repetitive stimulation protocol for patients with upper limb complex regional pain syndrome: a feasibility study. *Hand Ther.* 2017; 22(2):52-63.
8. Patterson RW, Li Z, Smith BP, Smith TL, Koman LA. Complex Regional Pain Syndrome of the Upper Extremity. *J Hand Surg Am.* Sep 2011; 36(9):1553–62.
9. Van de Meent H, Oerlemans M, Bruggeman A, Klomp F, van Dongen R. Safety of “pain exposure” physical therapy in patients with complex regional pain syndrome type 1. *Pain.* Jun 2011; 152(6): 1431–38.
10. Shah A, Kirchner SJ. Complex regional pain syndrome. *Foot Ankle Clin.* Jun 2011; 16 (2): 351 – 366.
11. Field J. Complex Regional Pain Syndrome: a review. *J Hand Surg (European Vol).* Jul 2013; 38(6):616–26.
12. Kiralp ZM, Dinçer Ü, Çakar E, Dursun H. Complex regional pain syndrome: epidemiologic features, treatment approaches, workday loss and return to work/disability ratios. *Turk J Rheumatol.* 2009; 24: 1-5.

Capítulo 164

CASO CLÍNICO. TENDINOPATIA DEL MANGUITO ROTADOR: TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO

CELESTINO GARCIA CAPILLA

ANA GAMUNDI OTERO

ESTELA LAREDO SAL

1 Introducción

El complejo articular del hombro está constituido por un conjunto de articulaciones cuya finalidad es dotar a la extremidad superior del mayor rango de movilidad posible, si bien el precio que tiene que pagar a nivel biomecánico por esta amplia libertad de movimiento será una pérdida considerable de estabilidad que se va a traducir en un factor predisponente para la aparición de diferentes tipos de lesiones, destacando entre éstas, las lesiones de partes blandas.

Las articulaciones que lo integran son las que siguen:

- Articulación glenohumeral. Enartrosis formada por la cavidad glenoidea y la cabeza humeral.
- Articulación acromioclavicular. Artrodia formada por la clavícula y acromion.
- Articulación esternoclavicular (esternocostoclavicular). Diartrodia formada por la extremidad interna de la clavícula, manubrio y primera costilla.
- Articulación omotorácica. Plano de deslizamiento entre la cara interna del omoplato y la pared posterior del tórax.

-Articulación acromiohumeral. Sinsarcosis formada por el deltoides, la cabeza humeral y el músculo supraespinoso.

Todas estas articulaciones como ya hemos mencionado están encaminadas a dotar a la extremidad superior del mayor rango de movilidad posible.

Es debido a esto, a su especial configuración anatómica y sus características biomecánicas, que sea lugar de asiento de un considerable número de patologías destacando entre ellas las de partes blandas tanto por su prevalencia como relevancia.

Una de las más frecuentes son las tendinopatías del manguito rotador; conjunto de músculos integrados por infraespinoso, redondo menor, subescapular y supraespinoso, siendo éste último músculo el que con más frecuencia se verá afectado.

Su situación anatómica entre acromion y ligamento coraco-acromial por arriba y la cabeza humeral por abajo lo encierran en un espacio relativamente reducido denominado “espacio subacromial” que comparte con el resto de integrantes del manguito y bolsas serosas que actúan a modo de cojinetes entre tendón y acromion.

Una merma de este espacio comprometerá la dinámica natural del tendón y propiciará la aparición de lesiones.

La tendinopatía del manguito rotador puede llegar a ser una patología altamente incapacitante en caso de no ser tratada adecuadamente y en fases tempranas pudiendo desembocar en cuadros más graves como calcificaciones, capsulitis adhesivas o incluso la rotura parcial o total del tendón que conlleven a una cirugía reparadora.

2 Objetivos

- Describir cómo identificar mediante un correcto diagnóstico la entidad de la patología.
- Exponer la manera de restablecer la funcionalidad perdida del hombro mediante un adecuado tratamiento médico y fisioterápico.
- Proponer un programa de fortalecimiento a domicilio con el fin de evitar recaídas.

3 Caso clínico

Mujer de 45 años de profesión peluquera, que acude a consulta por dolor de hombro de 3 meses de evolución con pérdida de movilidad e impotencia funcional progresivas.

Tras la pertinente anamnesis se procede a la exploración donde se encuentran los siguientes hallazgos:

- Dolor a la palpación en la cara anterolateral del hombro, a nivel inserccional y acromial.
- Arco doloroso entre 70° y 120° en Abd.
- Dolor nocturno y al descansar sobre el lado afecto.
- Tests de Jobe, impingement, Neer, Hawkins y Yocum positivos.
- Cabeza humeral ascendida y anteriorizada.
- Importante espasmo de los músculos deltoides posterior y subescapular.
- Acortamiento del pectoral mayor.
- Puntos gatillo en pectoral mayor, subescapular y supraespinoso.
- Discreta hipercifosis dorsal.

Ecografía: signos compatibles con tendinopatía del músculo suprespinoso y discreta bursitis subacromial.

RX: normal.

Se establece un diagnóstico diferencial con objeto de descartar las siguientes patologías:

- radiculopatía de origen cervical.
- capsulitis adhesiva.
- artritis acromioclavicular.
- artrosis acromioclavicular.
- patología de origen visceral y/o metabólica.

Se establece un plan de tratamiento encaminado a la disminución del dolor, recuperación del tendón y corrección de las alteraciones biomecánicas que puedan estar propiciando o agravando el cuadro patológico.

Para ello se aplica diatermia profunda combinada con corrientes analgésicas de tipo interferencial en sesiones diarias durante la primera semana para posteriormente, pasar a tres sesiones semanales el resto del tratamiento.

Fisioterapia activa-asistida, con progresión a activa y activa-resistida combinada con estiramientos en sesiones diarias.

Tratamiento de los puntos gatillo encontrados mediante punción seca.

Ejercicios de corrección postural para actuar tanto sobre la hipercifosis como sobre la cabeza humeral en ascenso y anteriorizada con objeto de restablecer la biomecánica normal del hombro.

Se introduce un programa de ejercicio terapéutico a base de ejercicios de fortalecimiento con aumento progresivo de cargas para estimular la recuperación del tendón.

Alta a las 36 sesiones.

4 Discusión-Conclusión

Las patologías del manguito rotador son altamente frecuentes entre determinadas profesiones y prácticas deportivas. Todo aquel gesto repetitivo que implique el mantenimiento o el movimiento de la mano por encima del hombro o de la cabeza de modo repetitivo van a predisponer a su aparición, máxime si el paciente presenta, como es en el caso que nos ocupa, un factor postural predisponente; en este caso una hipercifosis dorsal que contribuye a adelantar la cabeza humeral favoreciendo la entrada en espasmo de los músculos subescapular y pectoral mayor que van a dificultar o impedir la rotación externa fisiológica que hace el húmero a partir de los 60° para librar el roce entre tendón, bursa y acromion durante el movimiento de abducción.

Este tipo de patologías debe identificarse y tratarse en sus primeros momentos con objeto de evitar evoluciones indeseadas que complicarían mucho la recuperación.

Como pilares esenciales deberían tenerse en cuenta identificar los factores predisponentes (en este caso las alteraciones posturales y su gesto laboral).

Corregirlos y fortalecer la musculatura implicada para asegurar una correcta biomecánica.

Un adecuado programa de fisioterapia destinado a eliminar el dolor y restablecer la funcionalidad.

Y, por último, la prescripción de un programa de ejercicio terapéutico encaminado a fortalecer el tendón y prevenir nuevas recaídas.

5 Bibliografía

1. Backup K. Pruebas clínicas para patología, ósea, articular y muscular. Ed. Masson 2004

2. Martínez Gil J.L. Martínez Cañadas J, Fuster Antón I. Lesiones en el hombro y fisioterapia. Ed. Arán ediciones S.L.
3. Jurado Bueno A, Medina Porqueres I, Tendón, valoración y tratamiento en fisioterapia. Ed. Paidotribo 2008.
4. Pérez Ares J, Sainz de Murieta J, Varas De la Fuente A, Fisioterapia del complejo articular del hombro. Evaluación y tratamiento de los tejidos blandos. Ed. Masson 2004
5. Rodríguez Martín J. M. Electroterapia en fisioterapia. Ed. Panamericana. 2019.
6. Salom Moreno J. Readaptación tras las lesiones deportivas. Un tratamiento multidisciplinar basado en la evidencia. Ed. Panamericana. 2021.

Capítulo 165

IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIOS EN LA FIBROMIALGIA

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

JORGE ROLDÁN SEGURA

JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA

ELENA SÁEZ GARCÍA

1 Introducción

La fibromialgia es una enfermedad crónica de etiología desconocida con mucha repercusión en el entorno familiar, social, laboral y económica. El ejercicio físico se ha demostrado que tiene una fuerte repercusión en la mejora de la calidad de vida de éstas personas con esta lesión. El objetivo se basa en la importancia de ejercicios terapéuticos para la fibromialgia a través de una revisión bibliográfica. La búsqueda se realizó a través de bases de datos como PEDro y MEDLINE. Los resultados demuestran que los ejercicios aeróbicos, fuerza y estiramiento resultan de gran importancia para esta patología y hay que tener en cuenta la frecuencia cardíaca. La conclusión principal sería que los ejercicios tienen una duración de 40 minutos o 60 minutos como máximo, y se deben de realizar de 2 a 3 veces por semana y el protocolo de ejercicios debe de incluir ejercicios aeróbicos, ejercicios de flexibilidad, ejercicios contra resistencia y finalizar con una buena relajación para finalizar relajando toda la musculatura implicada y realizar un descanso final con postura en supino(tumbado boca arriba) después de haber ejercitado

toda la musculatura que ha estado en tensión e implicada en todos los ejercicios de esfuerzo físico durante ese periodo de tiempo.

2 Objetivos

Describir la importancia de realizar los ejercicios en la fibromialgia

3 Metodología

La búsqueda de artículos se realizó principalmente en las bases de datos de PEDro y MEDLINE.

Los ejercicios descritos fueron mediante estudios de intervención con ejercicios supervisados o en domicilio y ensayos clínicos realizados sobre todo en personas adultas o de mediana edad.

4 Resultados

EJERCICIOS AERÓBICOS: su intensidad debe ser suficiente para provocar efectos positivos pero no alta para ser perjudicial. La prescripción del ejercicio debe ser de forma individualizada. Se debe de realizar una prueba de esfuerzo que nos permita cuantificar la intensidad del esfuerzo y controlar la evolución. Es importante prescribir ejercicio cardiorrespiratorio.

EJERCICIOS DE FUERZA: los ejercicios contra resistencia con intensidad moderada-alta mejoran la función, dolor, sensibilidad y la fuerza muscular. El dolor debe evitarse con cargas y se han usado para ello el peso corporal y bandas elásticas. Se ha utilizado también la escala de Borg para ver la intensidad del ejercicio y esfuerzo. También hay que destacar la escala de Garber para la indicación de estos ejercicios.

EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD: se utilizarían series de 3 repeticiones, manteniendo 30 segundos incluyendo zona cervical, lumbar, dorsal y miembros superiores e inferiores. La duración sería de 10 minutos aproximadamente. Los ejercicios no deben de producir dolor y realizar previamente una tabla de estiramientos. Las sesiones deberían empezar con una formación individual para saber qué ejercicios son los más adecuados y que dudas se pueden generar con respecto a los mismos. Es de vital importancia también el nivel de afectación pudiéndose utilizar las escalas de Borg y la tabla de Gaber. La duración de la sesión debería ser

de 60 minutos, en grupo y a ser posible con musicoterapia. Se realizará un programa semanal, dos veces por semana. El calentamiento debe de durar 10 minutos y se realizará siempre previamente antes de comenzar la secuencia de ejercicios. Los ejercicios de flexibilidad se realizarán 10 minutos para finalizar la sesión. La parte más importante y primordial de la clase debe de durar 20 minutos para acabar progresando hasta los 40 minutos cada semana. Los ejercicios de relajación son satisfactorios y se podría realizar para finalizar la sesión.

5 Discusión-Conclusión

Tras los resultados anteriores se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- 1)el ejercicio es eficaz para el tratamiento de la fibromialgia.
- 2)el protocolo de ejercicios debe de incluir: ejercicios aeróbicos, ejercicios contra resistencia y ejercicios de flexibilidad.
- 3)los ejercicios deben de realizarse en base a la sintomatología de los pacientes.
- 4)la escala de GARBEN se podría utilizar para comprobar la intensidad del ejercicio aeróbico y de resistencia.
- 5)la duración sería de 40 minutos hasta 60 minutos y debe de realizarse 2 ó 3 veces por semana.
- 6)se realizarán sesiones de formación y ejercicios de relajación, en grupo y a ser posible con musicoterapia

6 Bibliografía

1. Pastor M, López-Roig S, Lledó et al. El ejercicio físico en la Fibromialgia. 2015;31(2): 433-46.
- 2) Cardona- Arias J, Higuera-Gutierrez LF. Eficacia del ejercicio físico sobre la calidad de vida en fibromialgia. 2018;17(5): 227-32.
- 3) Galiano Orea, Sañudo Corrales B. Aplicación del ejercicio físico para pacientes con fibromialgia. 2018; 59(232):310-21.
- 4) Cadenas-Sanchez C, Ruiz-Ruiz J. Efectos de un programa de actividad física en pacientes con fibromialgia. 2015; 143(12):548-53.

Capítulo 166

IMPORTANCIA DE EJERCICIOS EN EL SÍNDROME FEMOROPATELAR

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

JORGE ROLDÁN SEGURA

JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA

ELENA SÁEZ GARCÍA

1 Introducción

El síndrome femoropatelar es una entidad clínica que se caracteriza por dolor retropatelar acompañado de actividades con carga en el miembro inferior, tales como caminar, saltar, subir escaleras y estar mucho tiempo en sedestación y arrodillados. Es la lesión más común en personas físicamente activas. Presenta una incidencia mayor en mujeres. La lesión progresa con un deterioro generalizado y se produce una mala alineación de la rótula, atrofia del músculo vasto medial y un desequilibrio en el músculo vasto lateral. Otros factores importantes que cursan con esta lesión son: debilidad muscular, alteraciones estructurales y biomecánicas de los miembros inferiores, calidad de movimiento y factores psicológicos. No existe causa o tratamiento más adecuado pero lo que está claro es que el tratamiento de elección no es el quirúrgico. Hay cierta evidencia de que el ejercicio terapéutico reduce el dolor en pacientes con síndrome femoropateal, pero se dice que la mejoría no se mantiene a largo plazo. Por todo lo expuesto, el objetivo de este estudio ha sido realizar una investigación que nos permita comprobar la importancia de ejercicios en el síndrome femoropatelar, los beneficios

que se pueden aportar y como disminuye el dolor para esta lesión en este tipo de pacientes.

2 Objetivos

El objetivo fundamental es comprobar la importancia del ejercicio terapéutico en pacientes con síndrome femoropatelar y comprobar la disminución del dolor.

3 Metodología

Se utilizó una búsqueda en las bases de datos PUBMED, PEDro y SCIENCE DIRECT.

Los pacientes con síndrome femoropatelar para la realización de ejercicios tenían un estilo de vida activo y se utilizaron una serie de ejercicios dirigidos a Miembros inferiores en los que se trabaja sobre todo equilibrio, resistencia, flexibilidad, propiocepción y ejercicio aeróbico.

4 Resultados

Con respecto a los resultados obtenidos a través de la realización de los ejercicios anteriores fueron: mejora del dolor, rango de movimiento articular, función, fuerza, propiocepción y calidad de vida de los pacientes.

Algunos autores evaluaron la efectividad del tratamiento con ejercicios supervisados comparándolos con el cuidado habitual que se realiza para la recuperación, el dolor. A los tres meses los pacientes que hicieron ejercicio, mejoraron el dolor con respecto a los que realizaron en el cuidado habitual, pero a largo plazo no era significativa dicha mejoría.

Otros autores realizaron ejercicios centrados en cadena cinética cerrada con o sin ejercicios de fortalecimiento de cadera. Los resultados fueron que los que se les añadían los ejercicios de fortalecimiento de la cadera disminuían el dolor..

Otros autores realizaron ejercicios con estiramientos clásicos y experimentaron mejoría al aplicar dichos ejercicios.

Otros autores comparaban ejercicios durante ocho semanas frente a otro que se les habían sometido a una artroscopia de rodilla y el resultado fue mejoría del dolor en ambos casos.

Otros autores realizaron ejercicios pero sólo centrados en el músculo Vasto medial, mediante la realización de ejercicios de flexo-extensión rodilla y otros con

aducción de cadera en máquina de prensa de piernas.

Otros piensan en la realización de ejercicios con fortalecimiento concéntrico y excéntrico, pero no disminuía el dolor tras 6 semanas de tratamiento.

Otros incluían ejercicios en bajas dosis y repeticiones frente a los mismos en dosis altas y repeticiones. Los resultados indicaban mejoría del dolor en pacientes que recibían ejercicio terapéutico en dosis altas frente a los que realizaban los ejercicios a dosis mas bajas.

Por último, otros autores incluían ejercicios con ejercicios de cuádriceps sin carga frente a otros con carga y el resultado era más eficaz en los que los realizaban con carga.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome femoropatelaresc la dolencia mas común que afecta a la articulación de la rodilla. El síntoma principal es el dolor y progresa a un deterioro de la articulación. El ejercicio terapéutico es eficazpara reducir el dolor con ejercicios centrados en trabajar el cuádriceps y función del Vasto medial.

Los estudios demuestran que los ejercicios tienen un beneficio positivo y disminuyen el dolor, aumentan fuerza, mejoran la propiocepción, mejora la calidad de vida y la movilidad o rango articular de la rodilla.

En la mayoría de ls casos se disminuye el dolor cuando se realizar ejercicios de fortalecimiento del miembro inferior junto a estiramientos.

6 Bibliografía

1. Boling M, Padua D, Pyne S. Grandes diferencias en la incidencia y prevalencia del dolor en síndrome femoropatelar. 2010; 40:1-16.
2. Nimon G, Murray D. Ejercicios terapéuticos en el síndrome femoropatelar. 1998; 18(1): 118-22.
3. Osteras B, Osteras H. Efectos y beneficios de ejercicios tereúticos para el síndrome femoropatelar. 2013;99(2): 126-34.
4. Wilson T. Evidencia sobre ejercicios beneficiosos para el síndrome femoropatelar. 2007; 37:330-45.

Capítulo 167

FASCITIS PLANTAR. CASO CLINICO

ÁLVARO MARTÍN CAMINO

ELENA MUÑOZ MENENDEZ

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

GEMA GARCÍA ASCOZ

ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO

1 Introducción

La fascitis plantar es la expresión de un desgarro intersticial degenerativo en la inserción del calcáneo y que se acompaña (no siempre) de una exostosis en forma de espolón que parte de la apófisis medial de la tuberosidad postero-inferior del calcáneo. La presencia de un espolón calcáneo carece de valor diagnóstico, ya que solo alrededor del 5% de los pacientes con espolón manifiestan dolor en el talón. Tiene una mayor incidencia en personas de 40-60 años.

Como factores de riesgo, se puede destacar los que someten a la fascia a un estado tensil. Ya sea de tipo anatómico como pie plano o el pie cavo, tipo funcional como el acortamiento del tendón de Aquiles, bipedestación prolongada, el desarrollo de una actividad deportiva o laboral, así como el sobrepeso o el uso de calzado inadecuado.

Las causas por las que se produce las fascitis plantar son varias y por ese motivo los estudios de la pisada juegan un papel muy importante en su prevención, pues nos ayudarán a detectar las alteraciones o desajustes que pueden desencadenar

en esta molesta y tratarlos de forma precoz, antes de que aparezca la sintomatología.

También existen una serie de ejercicios y estiramientos que podemos realizar tranquilamente en casa y sin la necesidad de equipamiento especial que nos ayudarán a estirar y relajar la zona afectada.

Como finalidades de la intervención desde fisioterapia, destacamos:

Disminución del dolor del paciente.

Reeducación de la marcha fisiológica.

Recuperación de una actividad física normal.

2 Objetivos

Describir a partir de un caso clínico el abordaje de fisioterapia en paciente con problemas en la fascia plantar.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un hombre de 37 años, con sobrepeso y sin otros antecedentes personales ni familiares de interés, que acudió a la consulta de fisioterapia porque sufría desde hacía tiempo dolor en la fascia plantar izquierda, por la mañana al inicio de la deambulación y con la actividad física intensa. Tras realizar una exploración física, se completó el estudio mediante una ecografía y se le diagnosticó fascitis plantar.

Una de las variables que hay que tener en cuenta a la hora de valorar la fascitis plantar es realizar un diagnóstico diferencial con respecto al espolón calcáneo.

¿Qué diferencias hay entre fascitis plantar y espolón calcáneo?

A nivel de tratamiento muy pocas, ya que en ambas el objetivo es destensar la fascia plantar con diferentes técnicas de fisioterapia. El espolón calcáneo no es más que un hallazgo radiológico, un depósito excesivo y anómalo de calcio a nivel del calcáneo que nos indica un exceso de tensión de la fascia plantar en su inserción al hueso.

El espolón calcáneo NO ES CAUSANTE DE DOLOR, sólo es un signo de que en esa zona existen excesivas fuerzas de tracción. Podemos encontrar espolones calcáneos enormes que no han dolido jamás y fascitis plantares sin espolón muy invalidantes y dolorosas.

El tratamiento habitual de este tipo de patología va clasificado por los escalones terapéuticos:

1º escalón: Realizar ejercicios de estiramientos, aplicación de frío y automasajes.

2º escalón: tratamiento a 3 niveles (valoración biomecánica, tratamiento de fisioterapia y elaboración y adaptación de plantillas personalizadas en base a la lesión y características del paciente.

3º escalón: tratamientos más invasivos como EPI, infiltraciones, etc.

4º escalón: Cirugía.

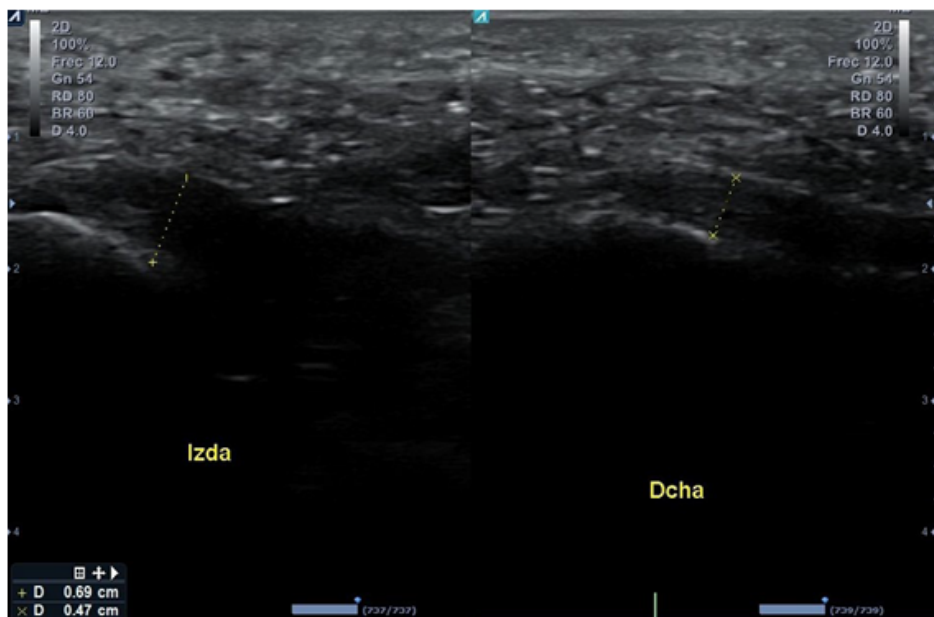
Esta última opción no suele ser una opción de elección hoy día dado su escaso resultado y sus complicaciones postquirúrgicas.

4 Discusión-Conclusión

Dado el anterior caso, podremos seguir un tratamiento conservador (consiste en reposo de la actividad física, fisioterapia con ejercicios de estiramiento, calzado con suela de goma o silicona, hielo local y fármacos antiinflamatorios) que suele ser suficiente en la mayoría de los casos aunque deberá prolongarse en el tiempo y según en qué estadio se encuentre el paciente, diferenciamos: tratamiento conservador, ortopédico, farmacológico y quirúrgico. En aquellos casos que no responden, suele ser eficaz una infiltración con corticoide local o electrolisis percutánea intratisular (EPI), que debe realizarse guiado por ecografía.

La fascitis plantar es una de las causas de talalgia plantar más frecuente, aunque no debemos descartar la compresión o atrapamiento nervioso. El tratamiento conservador, es efectivo en la mayoría de los casos, no siendo necesario el tratamiento quirúrgico. En el 40% de los pacientes con fascitis plantar aguda la ecografía Doppler muestra hiperemia de la fascia y las partes blandas adyacentes.

La ecografía tiene un papel definitivo en el tratamiento de la fascitis plantar porque permite una valoración más objetiva de la patología a la vez de guiar la inyección local de corticoides o el empleo del método EPI, entre otros procedimientos. De esta manera, suele ser más eficaz que guiada por palpación.



5 Bibliografía

1. Traumatología de partes blandas. Miembro inferior. Tobillo y pie: Fascitis plantar. AMF. 2008; 4(5) 278-92.
2. Sánchez Barrancos IM, Rodríguez Salvador JJ. Escenarios de la ecografía clínica musculotendinosa. En: Escenarios clínicos de la ecografía en medicina familiar. Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2016. p. 117-37.
3. Prieto Riaño R, Prieto García J.M. Fascitis plantar: diagnóstico y tratamiento. Revista Española de Podología. 2003;14(6): 272-278.
4. Jhonson KA. Pie y tobillo. Marban. Madrid, 1998.
5. May TJ et al. Current treatment of plantar fascitis. Curr Sports Med Rep.2002; 1 (5):278-84.
6. Nuñez Samper M, Llanos Alcázar L F°. Biomecánica, medicina y cirugía del pie. Madrid: Masson, S.A. 1997.

Capítulo 168

FRACTURA PERTROCANTÉREA EN PACIENTE GERIÁTRICO. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA

ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

GEMA GARCÍA ASCOZ

ELENA MUÑOZ MENENDEZ

ÁLVARO MARTÍN CAMINO

1 Introducción

La fractura de cadera es un diagnóstico que hace referencia a las fracturas que se producen en el extremo proximal del fémur. La articulación de la cadera es una enartrosis, de tipo diartrosis, formada por la cabeza del fémur y el acetábulo o cavidad cotiloidea. La cadera es la articulación más estable del cuerpo, ya que posee movilidad en los tres ejes del espacio (1-3).

Dependiendo de la localización y relación con la cápsula articular distinguimos entre fracturas intracapsulares y fracturas extracapsulares:

- Extracapsulares: pertrocantérea y subtrocanterea, además de las de trocánter mayor y menor

- Intracapsulares: capital, subcapital, transcervical y basicervical. El principal problema de estas fracturas es el riesgo de necrosis, debido a que se compromete la vascularización de la cabeza femoral.
- Las más frecuentes son las fracturas pertrocanteréas (50 %), seguidas de las subcapitales (40%) (2,4).

Para el diagnóstico de las fracturas de cadera se debe realizar una correcta anamnesis, y confirmar este diagnóstico mediante un estudio radiológico con proyecciones anteroposterior y axial de la cadera. En cuanto a la clínica suele aparecer un dolor muy intenso en la región glútea e inguinal, junto con impotencia funcional y acortamiento y rotación externa de la extremidad afectada (4,5). Existen dos tipos de tratamiento, en la mayoría de los casos será quirúrgico, donde existen múltiples formas de abordaje, y tratamiento conservador.

Un porcentaje muy alto de las fracturas de cadera en los pacientes mayores, son como consecuencia de tropiezos o caídas que normalmente son traumatismos de baja energía. De forma habitual estas caídas se producen en el propio domicilio y es debido en gran parte a los factores de riesgo que presentan los ancianos (4,5). Algunos de los mismos son:

- Edad: a partir de 65 años (6,7).
- Sexo: alrededor del 75% se produce en mujeres (1).
- Osteoporosis, demencia
- Caídas de repetición, discapacidad visual, gran cantidad de fármacos...(8)

Debido al envejecimiento de la población la fractura de cadera constituye un problema importante a tener en cuenta ya que es una patología muy frecuente en el paciente mayor y un motivo de cirugía. Este tipo de fracturas generan un aumento de la morbilidad y mortalidad, siendo el motivo de hospitalización más común en los servicios de urgencias. Este tipo de fractura, no solo afecta a nivel ortopédico, sino que repercute en otras áreas como medicina interna, psiquiatría, trabajo social, cuidados de enfermería. Todo esto supone un aumento del coste socioeconómico.



2 Objetivos

Los objetivos marcados en el caso clínico son los siguientes:

- Objetivo principal: abordaje de una fractura pertrocantérea de cadera en el paciente anciano.
- Objetivos secundarios: tratamiento de esta patología en función de la información obtenida en la valoración y teniendo en cuenta los antecedentes y patologías previas del paciente geriátrico.

3 Caso clínico

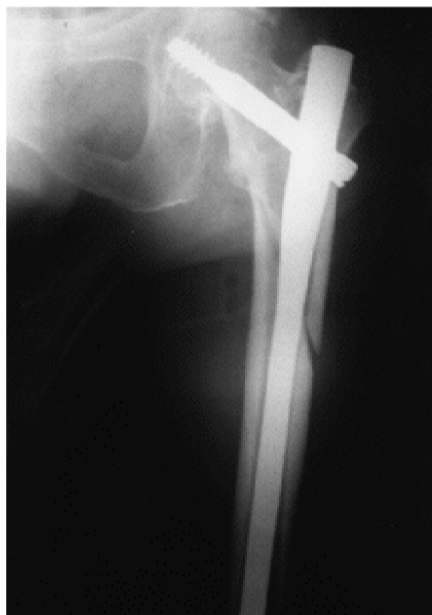
Mujer de 81 años derivada por el médico rehabilitador debido a fractura pertrocantérea izquierda de tres meses de evolución. La paciente estaba en casa, entró desde el patio y cayó al suelo (cree que tropezó). No pérdida de conciencia ni otros síntomas. Es intervenida quirúrgicamente con colocación de clavo gamma, ha presentado inmovilización debida a proceso de consolidación ósea, actualmente no ha iniciado la deambulaci3n, por lo que acude en silla de ruedas. Índice Barthel

(51/100); y destacar HTA, diabetes tipo II, hiperuricemia, fibrilación auricular.

En la exploración física la paciente refiere dolor en la región inguinal izquierda EVA 2/10. Existe limitación en la amplitud articular tanto en la flexión de cadera 60° izq (100° der); abducción 20° (45° der). Presenta gran debilidad de los músculos psoas y glúteos, según la escala de Daniels 3/5, y la imposibilidad para la marcha, así como dependencia para la mayoría de las ABVDs. En general existe una debilidad generalizada en el MMII izq como consecuencia de la inmovilización. La radiografía muestra una correcta alineación de los segmentos óseos, lo que nos indica que nuestra paciente puede comenzar con la carga de peso de manera progresiva.

Respecto al tratamiento en primer lugar comenzaremos con técnicas para reducir el dolor como son TENS analgésicos, amasamientos, onda corta pulsátil. Es muy importante el fortalecimiento muscular, donde comenzaremos con ejercicios isométricos, y se irá incrementando la carga, la intensidad y el tipo de ejercicio (activos libres concéntricos y excéntricos, activos-resistidos) progresivamente. Un pilar muy importante de nuestro tratamiento va a ser el ejercicio terapéutico donde pondremos especial importancia en la reeducación de la marcha, así como levantarse y sentarse de la silla, escaleras, obstáculos en el suelo ya que es fundamental para que nuestra paciente sea más independiente en sus actividades de la vida diaria. Para la reeducación de la marcha comenzamos en paralelas y según la evolución de nuestra paciente seguiremos avanzando en el tratamiento.

Combinando estos aspectos junto con el trabajo en casa por parte del paciente, donde también es importante el apoyo familiar, esperamos aumentar la independencia y reducir la sintomatología.



4 Discusión-Conclusión

Según un informe del Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida en España se sitúa en 82.87 años, esto unido con el descenso de la natalidad, hace que las personas mayores representen un gran grupo poblacional. Este envejecimiento de la población tiene una serie de consecuencias, entre las que destaca un incremento de la demanda sanitaria. La fractura de cadera es un ejemplo de este aumento de demanda sanitaria (1,9,10).

En España la incidencia de las fracturas de cadera ha ido aumentando desde los años noventa hasta la actualidad, llegando alrededor de 40.000 casos anuales, convirtiéndolo en un problema de gran magnitud. Para el diagnóstico, es necesario realizar una correcta exploración del paciente y ayudarnos de técnicas de imagen, como la radiografía, resonancia magnética o tomografía axial computarizada (6,9).

Como conclusión general tras el desarrollo del caso clínico, se ha podido comprobar el largo proceso de rehabilitación en el paciente anciano de la fractura de cadera. La fisioterapia ha demostrado una gran eficacia en la recuperación

funcional de este tipo de lesiones y por lo tanto permite disminuir el tiempo de ingreso hospitalario y reducir costes económicos/sanitarios. Es fundamental un trabajo multidisciplinar y coordinado entre los distintos profesionales involucrados en la recuperación del paciente, así como un apoyo familiar y social.

5 Bibliografía

1. Alonso, M. L., Fau, C. B., de la Osa Callejero, I., Cabeza, L. G., Conil, M. P., & López, S. B. (2021). Estudio epidemiológico de las fracturas de cadera en la población mayor. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11), 166.
2. Vidan Astiz MT, González de Villaumbrosía C. Fractura de cadera. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. *Geriatría en atención primaria*. 4ª ed. Madrid: Aula Médica; 2008. p. 255-261.
3. Álvarez San Martín, R., & Velutini Kochen, J. A. (2010). Anatomía de la cabeza femoral humana: Consideraciones en ortopedia, parte I. Anatomía y relaciones antropométricas del fémur proximal. *International Journal of Morphology*, 28(2), 427-431.
4. Muñoz S, Lavanderos J, Vilches L, Delgado M, Cárcamo K, Passalacqua S, et al. Fractura de cadera. *Cuad Cir*. 2008; 22:73-81
5. García S, Plaza R, Popescu D, Estaban PL. Fracturas de cadera en las personas mayores de 65 años: diagnóstico y tratamiento. *Jano*. 2005;69(1574):23-29.
6. Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas: La Atención a la Fractura de Cadera en los Hospitales del SNS [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadisticas_comentadas_01.pdf
7. Estrada-Masllorens JM, Cabrera-Jaime S. Ensayo clínico aleatorizado sobre el control del dolor en las fracturas pertrocanteréas de fémur mediante el uso o no de tracción cutánea. *Enferm Clin*. 2011. doi:10.1016/j.enfcli.2011.05.006.
8. Marín-Peña, O., Fernández-Tormos, E., Dantas, P., Rego, P., & Pérez-Carro, L. (2016). Anatomía y función de la articulación coxofemoral. Anatomía artroscópica de la cadera. *Revista Española de Artroscopia y Cirugía Articular*, 23(1), 3-10.
9. Avellana Zaragoza, J. A., & Ferrández Portal, L. (2018). Guía de buena práctica

clínica en Geriátría. Anciano afecto de fractura de cadera.

10. Parker M, Johansen A. Hip fracture. BMJ 2006;333:27-30.

Capítulo 169

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO CON ONDAS DE CHOQUE EN DIVERSAS PATOLOGÍAS

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

JORGE ROLDÁN SEGURA

JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA

ELENA SÁEZ GARCÍA

1 Introducción

Las ondas de choque se utilizaron en los años remotos para la mejora de tendinitis, pseudoartrosis y fascitis plantar. Posteriormente se utilizó para patologías de huesos y tendones. Con el uso de las radiografías posteriores a tratamientos con esta técnica se mostró un aumento en el espesor del hueso pélvico y profesionales como traumatólogos y ortopédicos vieron su efectividad en el dolor plantar del talón, espolones y calcificaciones de hombro, fracturas con retraso de consolidación, pseudoartritis y en patologías de codo como las epicondilitis. Los resultados fueron la reducción del dolor y disfunción muscular para patologías del aparato locomotor. Algunos autores también demuestran que los genes de las células se activaban en los factores de crecimiento, esto provocaba una mayor concentración de vasos sanguíneos para dar lugar a formación de nuevo tejido y posteriormente mejor circulación en el proceso de curación, formación de nuevo

hueso, regeneración de piel en la lesión, analgesia por la destrucción de terminaciones nerviosas, cambios en la transmisión nerviosa, efecto antiinflamatorio, aumento de la vascularización, fragmentación de depósitos calcáreos e inhibición de terminaciones nerviosas por liberación de endorfinas. En resumen las ondas de choque constituyen una aplicación fisioterapéutica en el tratamiento de diversas patologías del aparato locomotor y lesiones con calcificaciones.

2 Objetivos

Comprobar la efectividad de las ondas de choque como técnica fisioterapéutica en el tratamiento de patologías del aparato locomotor y ver efectos que se consiguen con esta técnica.

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

Muchos autores realizaron el empleo de esta técnica en el tratamiento de la tendinitis calcificante de hombro durante 6 meses de duración, el resultado fue un notable alivio del dolor en una mayoría absoluta de pacientes.

Muchos autores realizaron el empleo de esta técnica en el tratamiento de la tendinitis calcificante de hombro durante 6 meses de duración, el resultado fue un notable alivio del dolor en una mayoría absoluta de pacientes.

Algunos autores incluyen esta técnica para el tratamiento fisioterápico de la fascitis plantar. El resultado es que se observa una reducción del dolor en la mayoría de los casos de los pacientes aplicándoles esta técnica.

Muchos autores la aplican en la lesión de la PCI para reducir la hipertonía en niños. El resultado experimenta que durante 6 semanas producía una reducción muy significativa en niños con hipertonía con PCI.

Otros autores destacan la eficacia de esta técnica para el tratamiento de la cadera, en los casos de osteonecrosis de la cabeza femoral. El resultado fue de un aumento

significativo en la formación ósea, mayor número de células y en su actividad y una disminución importante de la necrosis femoral.

Algunos autores demuestran la eficacia de esta técnica con ondas de choque para el tratamiento de la epicondilitis crónica. El resultado fue que durante 6 meses se alivió el dolor en muchos casos y mejor funcionalidad en dicha articulación.

Muchos autores también la incluyen para el tratamiento del dolor subacromial del hombro. El resultado es que durante 45 minutos tras 3 meses disminuye también el dolor por lo que los resultados también se pueden considerar como notables.

Otros autores destacan esta técnica durante la postcirugía de cadera por artropatías de cadera. Los resultados son que mejoraba el balance articular, mejor funcionalidad, disminución del dolor y mejora la flexión de cadera de manera significativa en muchos casos y también se observaba una gran mejoría en cuanto a la independencia funcional.

5 Discusión-Conclusión

La técnica con ondas de choque se puede observar que es efectiva para ciertas patologías del aparato locomotor tales como fascitis plantar, fracturas, síndrome subacromial, epicondilitis y ciertas tendinitis de hombro.

Las ondas de choque como tratamiento único en ciertas patologías es evidente su eficacia aunque no se puede comprobar si también es efectiva como complemento a otras técnicas de elección.

Se puede comprobar que para patologías de codo, sobre todo epicondilitis crónica, tendinitis de hombro y fascitis resulta ser una técnica que disminuye el dolor y en el caso de fracturas se puede comprobar la efectividad en la formación de hueso.

6 Bibliografía

1. Loew M, DAecke W. Efectividad de las ondas de choque para las tendinitis de homro y tendinitis de codo. 2015; 81(5): 863-7.
2. Rompe JD, Burguer R. Ondas de choque para el tratamiento de las fracturas. 2014; 115(2): 37-50.
3. Wang CJ. Terapia con ondas de choque para necrosis de cadera. 2015; 47(4): 542-6.
4. Ottomann C, Thiele R. 2010; 211(3): 316-7.

Capítulo 170

ABORDAJE FISIOTERAPEÚTICO EN PROTESIS DE RODILLA. CASO CLÍNICO

ANA GAMUNDI OTERO

CELESTINO GARCIA CAPILLA

1 Introducción

La rodilla es una articulación en bisagra que está formada a su vez por las articulaciones femorotibial (entre fémur y tibia) y la femoropatelar (entre fémur y parte posterior de la rótula o patela). Los extremos de estos huesos están recubiertos de cartílago con el objetivo de reducir la fricción y mejorar la distribución de las cargas mecánicas

Contiene unos meniscos para amortiguar el peso y está rodeado de una cápsula y unos ligamentos que la dotan de mayor estabilidad.

Permite los movimientos de flexión y extensión y ciertos grados de rotación para realizar acciones como correr, saltar o subir y bajar escaleras.

Cuando en esta articulación se produce una degeneración de sus cartílagos por causa generalmente de la artrosis o de la artritis y no se soluciona con tratamiento conservador, se procede al reemplazo por una prótesis.

En la prótesis de rodilla se sustituye la parte inferior del fémur, la parte superior de la tibia y la parte posterior de la rótula por unas piezas sintéticas mediante una intervención quirúrgica.

El desgaste del cartílago es difícil de restablecer y, por eso, la colocación de una prótesis en la rodilla puede ser una buena opción en los casos más avanzados.

Los objetivos de la intervención desde fisioterapia son:

- Disminuir el dolor y la inflamación.
- Mejorar la movilidad de la articulación.
- Restablecer la marcha.
- Recuperar la independencia y autonomía del paciente.

2 Objetivos

Exponer a partir de un caso clínico el abordaje fisioterápico en la prótesis de rodilla.

3 Caso clínico

La paciente es una mujer de 60 años de edad con artrosis severa en la rodilla derecha y se encuentra de baja en su trabajo como limpiadora en un centro de salud.

Tiene dolor en la cara anterior y lateral de la articulación, limitación en la extensión completa y en los últimos grados de flexión. Presenta dificultad para caminar y rigidez matutina.

En la radiografía aportada se aprecia reducción de la interlínea articular, esclerosis ósea con pérdida de la regularidad de los bordes y marcados osteofitos.

El 31 de mayo del 2021 se procede a la colocación de una prótesis total de rodilla. Permanece ingresada en el hospital 5 días y recibe tratamiento fisioterápico consistente en movilizaciones activo-asistidas de rodilla, cadera y pie, isométricos de cuádriceps e isquiotibiales, realiza transferencias de cama a sillón y comienza a caminar con la ayuda de dos muletas.

Una vez dada de alta hospitalaria, continua con la rehabilitación en domicilio. Para controlar la inflamación y el dolor, se le aplican corrientes analgésicas tipo TENS y se le recomienda la colocación de frío en la articulación por 15 minutos durante al menos 3 veces al día.

Realiza ejercicios propioceptivos con apoyo bipodal para ir progresando en las siguientes semanas a ejercicios con apoyo monopodal en plano inestable.

Continua con las movilizaciones activas aumentando el recorrido articular y comienza con los ejercicios de potenciación con peso para la musculatura de la rodilla y de la cadera.

A la cuarta semana, por recomendación médica, se le retira una muleta.

Se intensifican los ejercicios y se aumentan las repeticiones para lograr retirar a la sexta semana la segunda muleta.

Recibe el alta médica a los dos meses con la capacidad para caminar sin ayuda, buena movilidad de la rodilla y gran alivio del dolor.

4 Discusión-Conclusión

Por el paulatino envejecimiento de la población y el aumento de la obesidad, se considera que la prevalencia de la osteoartrosis se verá incrementada significativamente en los próximos años.

Esta patología es la causa más común de incapacidad permanente en los países europeos en personas mayores de 65 años.

Los últimos modelos protésicos y los avances en las técnicas quirúrgicas permiten obtener buenos resultados con la cirugía protésica de rodilla, logrando una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes afectados por este tipo de patología.

La realización un programa de rehabilitación preoperatorio así como un buen seguimiento postoperatorio se consideran claves para conseguir buenos resultados.

.

5 Bibliografía

- 1- Ibarbia Carreras M, Labrado Berea G de la C, Planas Montalvo E, Carbonell López C, Marrero Riverón LO. Programa rehabilitador en la artroplastia total de rodilla. Rev Cuba Ortop y Traumatol. 2019.
- 2- Hinarejos Gómez P. Técnica Quirúrgica Para Cirugía Protésica De Rodilla. 2017.
- 3- Durán C. Juan J., Crispin N. D., Artroplastia Total De Rodilla: Evaluación Funcional y Complicaciones. Traumatología y Ortopedia – Hospital obrero N°1, 2010-2015, Rev Cuadernos, 2018.
- 4- Ruiz Tolosa J.F., Bigordá A., Efectividad de la rehabilitación domiciliaria en el tratamiento de artroplastia de rodilla. Revisión sistemática. [Trabajo fin de grado] [Lleida] Universidad de Lleida, 2014.
- 5- Díaz Mohedo E., Manual de fisioterapia en traumatología. Málaga: Elsevier España; 2015.

Capítulo 171

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA Y ORTOPEDIA EN LA ESCOLIOSIS

ELENA MUÑOZ MENENDEZ

ÁLVARO MARTÍN CAMINO

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO

GEMA GARCÍA ASCOZ

1 Introducción

La escoliosis es una alteración de las curvas fisiológicas de la columna vertebral que puede afectar considerablemente a la calidad de vida del paciente. Se trata de un problema de salud creciente en nuestra población ,que afecta tanto a niños como adultos ,y supone una gran cantidad de costes sanitarios.

La figura de un paciente escolástico es muy característica. A menudo ,se observa una posición asimétrica de la cabeza causada por las curvaturas de la columna cervical .Los hombros pueden estar retraídos por un acortamiento de la línea cuello/nuca ,también es típico encontrar un hombro más elevado y interiorizado respecto a los omóplatos., es frecuente la escapula alada o la posición de bamboleo ,debido a la desviación lateral. Los músculos espinales los vamos a encontrar con fuerte retracción .En posición erguida la cintura escapular y la pelvis

pueden contraponerse una a la otra , bien hacia delante o hacia atrás . Debido a la curvatura de la columna ,la pelvis realiza una compensación ,inclinándose o rotando hacia el lado contrario de la columna lumbar .

Las curvas en el adulto difieren de la de los niños o adolescentes ,principalmente en que son más rígida , se asocia a dolor y síntomas neurológicos y en la mayoría de los casos suele coexistir con proceso degenerativo discal.

2 Objetivos

- Analizar, mediante revisión bibliográfica de los estudios publicados en los últimos 10 años, la eficacia de la rehabilitación y del tratamiento ortopédico en la forma más común de la escoliosis, la AIS.

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

Según un artículo publicado por Weinstein et al en 2014 el corsé se mostró como un tratamiento eficaz en el tratamiento de la escoliosis idiopática. La realización de este ensayo clínico tuvo como objetivo determinar la eficacia del corsé en comparación con la observación en la prevención de la progresión de la curva escoliótica a 50 o más (indicación común para la cirugía).La población objetivo fueron pacientes con EIA de alto riesgo que cumplieron con las indicaciones para el tratamiento con corsé, y que no habían recibido tratamiento previo para la escoliosis. El resultado primario se determinó cuando se cumplió la primera de dos condiciones: progresión de la curva a 50° o más (fracaso del tratamiento) o madurez esquelética sin este grado de progresión (éxito del tratamiento).

Los hallazgos tienen aplicabilidad clínica directa porque se derivan de la evaluación de un grupo de pacientes para quienes se habría recomendado el uso de órtesis en una práctica ortopédica típica, pero en ausencia de datos de apoyo rigurosos.

Y es que las indicaciones actuales de los corsés pueden ser demasiado amplias, lo que supone un tratamiento innecesario para muchos pacientes. Por tanto, resulta primordial identificar a los pacientes con alto riesgo de progresión de la curva clínicamente significativa que son más propensos a beneficiarse de los aparatos ortopédicos.

En los artículos analizados, la gran heterogeneidad de curvas escolióticas y demás características de los pacientes llevaron a los autores a seguir una serie de pautas comunes establecidas por las comunidades científicas. Tras obtener las muestras suficientes, se establecieron distintos tratamientos con aparatos ortopédicos (algunos de ellos monitorizados) que en ocasiones se complementaban con ejercicios específicos. En general, se demostró la importancia de la educación y del ejercicio, con el fin de obtener mejores resultados en los distintos cuestionarios de calidad de vida. El objetivo principal del tratamiento conservador es evitar la progresión de la curva y tener que acabar sometiendo al paciente a una cirugía espinal. Por ello, se daba especial importancia a parámetros como la flexibilidad y el tiempo de destete.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el estudio revela que los corsés disminuyen significativamente la progresión de las curvas de alto riesgo hasta el umbral de la cirugía en pacientes con escoliosis idiopática adolescente, y afirma que el mayor tiempo de uso de aparatos ortopédicos se asocia con un mayor beneficio. El tratamiento ortopédico y la rehabilitación han demostrado su eficacia y efectividad a la hora del enlentecimiento en la progresión de la curva escoliótica durante el crecimiento puberal.

No se ha encontrado acuerdo entre los distintos autores respecto a la afectación en la calidad de vida de los sujetos estudiados que se sometieron al uso de órtesis y rehabilitación.

6 Bibliografía

- 1-Díaz J, Schröter C, Schulz R. Actualización de la evaluación radiológica de la escoliosis. *Rev. Chil. Radiol.* 2009; 15(3): 141-51.
- 2-Esparza Olcina MJ, García Aguado J, Martínez Rubio A, Mengual Gil JM, Merino Moína M, Pallás Alonso CR et al. Cribado de la escoliosis idiopática del adolescente. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2015; 17: 159-79.

3-Berdishevsky H, Lebel VA, Bettany-Saltikov J, Rigo M, Lebel A, Hennes A, Romano M, Białek M, M'hango A, Betts T, de Mauroy JC, Durmala J. Physiotherapy scoliosis-specific exercises - a comprehensive review of seven major schools. *Scoliosis Spinal Disord.*

2016; 11(4): 20-39.

4-Weinstein SL, Dolan LA, Wright JG, Dobbs MB. Effects of bracing in adolescents with idiopathic scoliosis. *N Engl J Med.* 2013; 369(16): 1512-21

Capítulo 172

FISIOTERAPIA EN ROTURA DE SUPRAESPINOSO

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

ZOSER SAURA CARRETERO

1 Introducción

El manguito de los rotadores está compuesto por cuatro músculos: supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular, y sus funciones son ofrecer movilidad, fuerza y estabilización a la articulación glenohumeral. La tendinopatía se la considera la patología de tejidos blandos más prevalente en el hombro. Además, se la puede clasificar por el tiempo de evolución (aguda o crónica), la etiología (traumática o degenerativa) y el grado de rotura del tendón (parcial o completa). La rotura del tendón del supraespinoso se ocasiona por un movimiento más o menos brusco de abducción, generalmente contra resistencia. Se trata de lesiones que en un primer momento pueden ser pequeñas y con el esfuerzo diario van aumentando. Se ha valorado la separación entre cartilago de la cabeza humeral y la inserción del tendón supraespinoso como un indicador de integridad y de la tensión del músculo. En el interior del tendón del supraespinoso existen zonas de tensión, lo que explica que una rotura parcial se convierta fácilmente en una

rotura completa. Esta tensión aumenta significativamente desde los 15 hasta los 60 grados de abducción para las porciones superficial y media del tendón. La degeneración del tendón es un hallazgo fisiológico a partir de la quinta década, lo cual puede estar agravado, entre otras causas, por la forma del acromion.

2 Objetivos

Dar a conocer a partir de un caso clínico la rotura del supraespinoso, sus síntomas y tratamiento adecuado.

3 Caso clínico

Hombre de 60 años, fontanero de profesión, inicia con cuadro de dolor agudo en el hombro izquierdo durante su jornada laboral al realizar un sobre esfuerzo. El paciente acude a urgencias donde se le realiza un examen médico con valoración ecoguiada donde se le diagnostica de una rotura parcial del músculo supraespinoso, cursando con inflamación en toda la articulación del hombro, con limitación asociada al realizar la flexión, abducción y rotación externa e interna del hombro izquierdo en sus primeros grados de movimiento, presentando dolor de 7 en escala visual analógica del dolor, y falta de fuerza asociada al movimiento. Se prescribe medicación analgésica y antiinflamatoria y se recomienda al paciente reposo y crioterapia los 3 primeros días. Posteriormente el paciente es citado para comenzar con el tratamiento rehabilitador en la unidad de fisioterapia.

Se inicia el tratamiento rehabilitador marcando una pauta de 3 sesiones por semana a realizar durante 1 mes de tratamiento, aplicando ultrasonido pulsátil, TENS analgésicos, magnetoterapia con pautas antiinflamatorias, movilizaciones pasivas y ejercicios autopasivos controlados por el fisioterapeuta.

En la primera semana de tratamiento disminuye el dolor a un grado 3 en escala visual analógica del dolor y también disminuye la inflamación del paciente, pero persiste limitación funcional al realizar el movimiento activo y pasivo en los últimos grados de flexión, abducción y rotaciones de hombro izquierdo. Se añaden al tratamiento ejercicios activos e isométricos para mejorar la fuerza, la estabilidad y la resistencia de la musculatura del hombro.

Tras cuatro semanas de tratamiento, desaparece la inflamación y se reduce el dolor del paciente por completo. Presenta un balance articular completo pero sigue presentando importante falta de fuerza, resistencia y estabilidad en la musculatura del manguito rotador.

4 Discusión-Conclusión

Para la rotura parcial del supraespinoso, un tratamiento de fisioterapia antiálgico y antiinflamatorio resulta beneficioso para mejorar la sintomatología del paciente, disminuyendo el dolor y la inflamación y aumentando el balance articular del hombro en todos sus ejes de movimiento. No obstante, el paciente sigue presentando debilidad en la musculatura cursando con falta de fuerza y resistencia en toda la región.

Sería interesante añadir al tratamiento un programa de ejercicios controlados contra-resistencia utilizando bandas elásticas, mancuernas y electroestimulación con el fin de aumentar la fuerza y la resistencia muscular del paciente y mejorar de esta manera la estabilidad del hombro.

5 Bibliografía

- M. Lenza, R. Buchbinder, Y. Takwoingi, R.V. Johnston, N.C. Hanchard, F. Faloppa. Magnetic resonance imaging, magnetic resonance arthrography and ultrasonography for assessing rotator cuff tears in people with shoulder pain for whom surgery is being considered. Cochrane Database Syst Rev., 24 (2013 Sep).
- J.B. Cowan, A. Bedi, J.E. Carpenter, C.B. Robbins, J.J. Gagnier, B.S. Miller. Evaluation of American Academy of Orthopaedic Surgeons Appropriate Us Criteria for the management of full-thickness rotator cuff tears. J Shoulder Elbow Surg., 25 (2016), pp. 1100-1106.
- Murcia González MA. Tratamiento de la patología del manguito rotador y síndrome subacromial. Fisioter Calid Vida, 10 (2007), pp. 109-22.

Capítulo 173

ESTUDIO SANGUÍNEO DE URGENCIA

LAURA RODRÍGUEZ JULIÁN

1 Introducción

Las peticiones urgentes son aquellos parámetros cuyos resultados pueden condicionar de inmediato una actitud terapéutica de espera acción o modificación, por ello para lograr disminuir el tiempo de respuesta del laboratorio de urgencias hay que tratar de solicitar las determinaciones que se consideren estrictamente necesarias. El principal vehículo de comunicación entre el médico y el laboratorio es el impreso de petición y el informe de resultados.

Los principales parámetros bioquímicos medidos son la glucosa (76 - 110 mg/dl) , la urea (10 - 45 mg/dl), creatinina (0,5 - 0.95 mg/dl), sodio (136 - 145 MEQ/L), potasio (3,5 - 5 MEQ/L), enzimas hepáticas (GOT 5 - 37 u/l, GPT 5 - 40 u/l) , bilirrubina total (0,15 - 1 mg/dl), amilasa (35- 115 u/l), lipasa (55 - 240 u/l), hemograma (es una prueba complementaria considerada como básica en cualquier servicio de urgencias sin embargo su uso rutinario indiscriminado con carácter urgente no está indicado, se recoge en un tubo de tapón morado que contiene como anticoagulante el ácido etildimetilaminatetraacético), también la gasometría, plaquetas.... Muchas veces este examen se realiza a la par de uno de orina para una mayor veracidad en el diagnostico. Dependiendo de cuál de estos parámetros esté aumentado disminuido le dará información al médico para descifrar cuál puede ser su problema por el cual ha acudido a urgencias.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento de los estudios sanguíneos de urgencia así como los parámetros estudiados.

- Describir la importancia de que los procedimientos sean siempre los mismos.

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 los casos de urgencia es muy importante saber cómo actuar, hay que tener unos protocolos claros para cada tipo de muestra, en el laboratorio se estudian diferentes muestras y en este caso quiero exponerles el estudio de sangre en urgencias, como llega al laboratorio, que proceso debe pasar antes de analizarla... La muestra debe de llegar rápida a hematología para su análisis (se recibe en el servidor), y ha de introducirse lo antes posible en el aparato sin que haya coágulos que puedan interferir en la toma de la muestra, poniéndola en primer lugar para tener lo antes posible estos resultados.

Cuando la muestra sale del aparato nos da información sobre los linfocitos, neuronales, hierro... estos valores le datan al médico información muy valiosa para su diagnóstico.

Aparte de esta prueba de hematología se pueden hacer pruebas bioquímicas que nos dan información sobre sustancias como el sodio, potasio, grasas, glucosa, proteínas y encimas lo que proporcionan información importante sobre si los riñones, el hígado y otros órganos de una persona funcionan bien. Una vez que tengamos estos resultados es muy importante enviar los cuanto antes al médico pertinente el cual podrá dar una respuesta concluyente al paciente, una forma muy rápida haciéndole una llamada también se le puede enviar el informe y si el nota alguna anomalía nos podría enviar otras pruebas para hacer por ello también debemos guardar las muestras anteriormente recogidas en una gradilla numerada en una nevera señalada para las muestras sanguíneas así no será muy fácil encontrar dicha muestra en el momento que debamos buscarla. Todo esto está especificado en los protocolos y en cada laboratorio tendremos a nuestra disposición un libro con estos para no fallar así en ninguna prueba.

5 Discusión-Conclusión

Los protocolos son básicos en el laboratorio para que todas las muestras se hagan por igual con un resultado concluyente. Para cada tipo de muestra y análisis hay un protocolo distinto, pero aprobado en cada lugar de trabajo para que se hagan todos por igual con un resultado válido y con la mayor brevedad posible. Con este tipo de protocolos se comprueba que las incidencias en el laboratorio ha disminuido notablemente. Por ello en las urgencias hay que tener siempre a mano los protocolos o saberlos muy bien para así tener la rapidez que se necesita en este tipo de casos.

6 Bibliografía

1. <https://www.medynet.com>
› pr...PDF/.
2. <https://www.saludadiario.es/hospital/que-proceso-se-sigue-con-cada-analisis-de-sangre-que-se-realiza-un-paciente/>.
3. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/analisis-bioquimico-de-la-sangre>.

Capítulo 174

EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO ANTE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES

NOELIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, las caídas son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en la tierra u otra superficie firme que lo detenga, este problema predispone a los ancianos a sufrir incapacidad, dependencia y múltiples enfermedades, además se considera uno de los principales síndromes geriátricos y supone la segunda causa de muerte por lesiones accidentales o no intencionales en personas mayores a nivel mundial.

Un tercio de las personas mayores de 65 años sufre caídas anualmente en la comunidad, cifra que asciende a una 60 % en residentes de centros geriátricos. La incidencia de caídas ha aumentado en los últimos 50 años y se prevé un incremento progresivo con el paso del tiempo.

Además, destacan por su relevancia clínica y social las denominadas caídas recurrentes, presencia de dos o más caídas en un año, causantes de limitaciones funcionales o enfermedades crónicas en las personas mayores. Se estima que un 50% de los ancianos que sufren una caída presentarán un nuevo episodio en el próximo año, lo que incrementa los riesgos para su salud.

A pesar de que las caídas recurrentes son episodios frecuentes en esta población, la aplicación de medidas de prevención puede disminuir notablemente su incidencia, especialmente en el ámbito residencial.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Analizar el impacto físico y emocional que las caídas recurrentes ocasionan en las personas mayores.

Objetivos secundarios:

- Identificar que intervenciones se pueden desarrollar para su prevención.
- Exponer un caso clínico y analizar de la evidencia científica.

3 Caso clínico

Blanca de 87 años, fue recientemente a realizarse una prueba radiológica, ha sufrido su tercera caída, en esta ocasión presentando como consecuencia una fractura de cadera, padece hipertensión y diabetes y tiene incontinencia urinaria, problemas que han empeorado tras este último episodio de caída. Blanca padece deterioro cognitivo moderado, por lo que en ocasiones le cuesta prestar atención, además presenta síndrome de inestabilidad y riesgo elevado de caídas y le cuesta mantenerse en bipedestación sin ayuda, por tanto requiere rehabilitación para mejorar su movilidad. Este evento ha identificado su trastorno del ánimo ya que se encuentra desanimada al requerir ayuda para su cuidado y haber perdido autonomía para desarrollar ciertas actividades, además manifiesta miedo a sufrir una nueva caída por lo que demanda la atención de otra persona a la hora de realizar cualquier actividad.

Tras analizar este caso nos planteamos conocer cómo valorar el riesgo de caídas recurrentes y las intervenciones que se pueden llevar a cabo.

Valoración del riesgo de caídas recurrentes:

- Valoración física: valora factores de riesgo como caídas previas, uso de medicamentos, déficit sensorial y estado mental.
- Valoración del impacto psicológico: cuando un anciano sufre una caída esto puede desencadenar sentimientos de ansiedad y miedo a sufrir de nuevo un evento similar.

Intervenciones para la prevención de caídas recurrentes:

Factores de riesgos sobre el impacto físico:

- Factores intrínsecos: uno de los factores a tener en cuenta es la sarcopenia, ha demostrado que la combinación de ejercicios de fuerza con ejercicios de equilibrio y caminar disminuyen el número de caídas, otro factor que aumentaría la incidencia de caídas es la alteración de la percepción sensorial, debemos intervenir

garantizando que la persona se encuentre en un entorno libre sin obstáculos y con buena iluminación evitando de esta manera caídas recurrentes.

- Factores extrínsecos: destacamos el lugar de la residencia ya que se debe estar siempre adaptado a sus limitaciones, evitando suelos resbaladizos, luz inadecuada, las habitaciones deben ser espaciosas para que la movilidad no se vea restringida.
- Intervenciones por el impacto emocional: las intervenciones sobre el comportamiento de los residentes pueden mejorar la confianza que tienen en sí mismos y la sensación de control para no caer, asimismo es preciso conseguir que transformen sus miedos en respuestas positivas.

4 Discusión-Conclusión

El riesgo de caídas es un problema frecuente en las personas mayores, la realización de una valoración sistemática de este riesgo, utilizando un instrumento específico puede ayudar a identificar precozmente el nivel.

Por ello presenta múltiples intervenciones para prevenir el riesgo de caídas, la implantación de un protocolo de actuación ayuda a sistematizar un plan de cuidados que reduzca este riesgo y que se pueda individualizar posteriormente en función de las necesidades de cada residente.

Debido a la relevancia del riesgo de caídas en esta población, se considera conveniente la formación continua de los profesionales de radiodiagnóstico, para conocer los avances y actualizaciones en las estrategias de valoración e intervenir en cada caso.

Finalmente favorecer la atención integral de una persona mayor tras haber sufrido una caída y poder prevenir caídas recurrentes, es necesario prestar atención al impacto emocional que ha generado este acontecimiento en la persona, ya que una caída puede provocar miedo y ansiedad y producir un empeoramiento de la calidad de vida y de sus relaciones interpersonales.

5 Bibliografía

1. OMS, Jeon MY, Torres Egea MP, Karlsson MK, Hill E, Curcio CL, American Geriatrics Society.

Capítulo 175

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL SERVICIO TRANSFUSIONAL PARA LA EVALUACIÓN DE LAS REACCIONES HEMOLÍTICAS TRANSFUSIONALES

SARA CARRERA QUIROGA

1 Introducción

La transfusión de componentes sanguíneos, es una herramienta terapéutica imprescindible cuya demanda se ha incrementado progresivamente debido a los trasplantes de órganos y progenitores hematopoyéticos, también como consecuencia de los tratamientos quimioterápicos en general.

Aunque la trasfusión sanguínea es un tratamiento bastante seguro, se debe recordar que ésta conlleva unos riesgos que deben ser valorados en comparación con los beneficios terapéuticos, llevándola a cabo solo cuando los beneficios superen a los riesgos.

Gracias a los Sistemas de Hemovigilancia se están poniendo de manifiesto efectos adversos e incidentes con una frecuencia que se desconocía en el pasado. Además, permiten constatar la gravedad de los incidentes y así investigar procesos encaminados a la mejora continua respecto a las mismas.

Las reacciones transfusionales se clasifican en:

- Hemolíticas: se produce la destrucción de los hematíes, permitiendo la salida de la hemoglobina que contienen al medio circundante.

Inmunes: están causadas por una reacción antígeno-anticuerpo entre los anticuerpos plasmáticos del receptor en contra del antígeno eritrocitario del donante.

No inmunes: en este caso la causa está motivada por las circunstancias o mecanismos del entorno de los hematíes, como por ejemplo alteraciones en la temperatura de almacenamiento o transporte. Como consecuencia se pueden deteriorar o romper las membranas de los eritrocitos.

- No hemolíticas:

Inmediatas: fiebre, reacción alérgica o contaminación bacteriana o sobrecarga circulatoria (exceso de volumen o transfusión demasiado rápida).

Tardías: ocurren días o meses después de la transfusión, como por ejemplo la aloinmunización, la hemosiderosis o transmisión de infecciones.

2 Objetivos

- Reconocer en el menor tiempo posible la presencia de una reacción hemolítica transfusional.

- Evaluar y constatar la existencia de errores clínicos, hemólisis y/o incompatibilidades por parte del servicio transfusional mediante pruebas de laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática 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

La unión entre el antígeno de la membrana eritrocitaria y el anticuerpo sérico correspondiente, puede desencadenar una reacción endocrina con activación del complemento, alteraciones de coagulación, y efectos derivados de las citoquinas, con su consecuente manifestación clínica correspondiente a la hemólisis de los hematíes.

En el caso de que se trate de una reacción hemolítica inmune se extraerá una muestra después del accidente transfusional para comparar sus resultados con

los obtenidos de la muestra pre-transfusión.

Se repetirán las determinaciones de grupo sanguíneo, anticuerpos irregulares, pruebas cruzadas y Coombs directo en las muestras pre y post-transfusión. Además se comprobará y descartarán los errores de identificación de la muestra del paciente o de la bolsa del componente transfundido.

Por último se examinará la sangre restante en la bolsa de sangre y en la tubuladura de administración, en busca de hemólisis ya que su presencia está relacionada con reacciones transfusionales no inmunes.

En el caso de tratarse de una reacción hemolítica no inmune, el tratamiento dependerá de la causa de la hemólisis. Se puede llegar a la causa con la ayuda de determinaciones de laboratorio: conocer el estado de la función renal, descartar o confirmar una contaminación bacteriana etc.

En este caso conocer la causa evitará que se vuelvan a cometer los mismos errores o activará la búsqueda de mejoras en cuanto almacenamiento y transporte de los derivados sanguíneos, además de orientar al facultativo en la toma de decisiones.

En caso de que el paciente tenga antecedentes de reacción transfusional, debe tenerse en cuenta para las transfusiones siguientes y tomar medidas preventivas al respecto como premedicación en forma profiláctica, utilización de filtros de leucorreducción o solicitando concentrados eritrocitarios o de plaquetas leucorreducidos, los cuales pueden ser obtenidos en el banco de sangre gracias a nuevas tecnologías de fraccionamiento automatizado, filtración prealmacenamiento y donación por aféresis, que reduce el riesgo de complicaciones para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Se pueden evitar las reacciones hemolíticas transfusionales mediante la detección de errores en cada fase de la cadena transfusional, es por ello que cada hospital ha de contar con sistemas de calidad destinados a identificar y prevenir errores.

Así, la identificación del paciente ha de ser minuciosa tanto al extraer la muestra para proceder a los diferentes pasos de las pruebas de laboratorio como de la unidad de hematíes al entregarla o infundirla.

Por lo que todo el conjunto del personal sanitario, técnico de laboratorio o servicio transfusional, enfermera y médico, que intervienen en algún paso de la cadena transfusional, tienen que hacerlo de manera activa y reconociendo los signos de

las reacciones transfusionales para detenerla antes de administrar un volumen crítico para el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.medigraphic.com>.
2. http://www.ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692002000200004.
3. <http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html>.

Capítulo 176

LA IMPORTANCIA DEL TAC EN LOS PRIMEROS SINTOMAS DEL ICTUS

ANA BELEN ORTEGA GARCIA

RAMIRO RUIZ GARCIA

MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA

MARIA DOLORES BELLON COBO

MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME

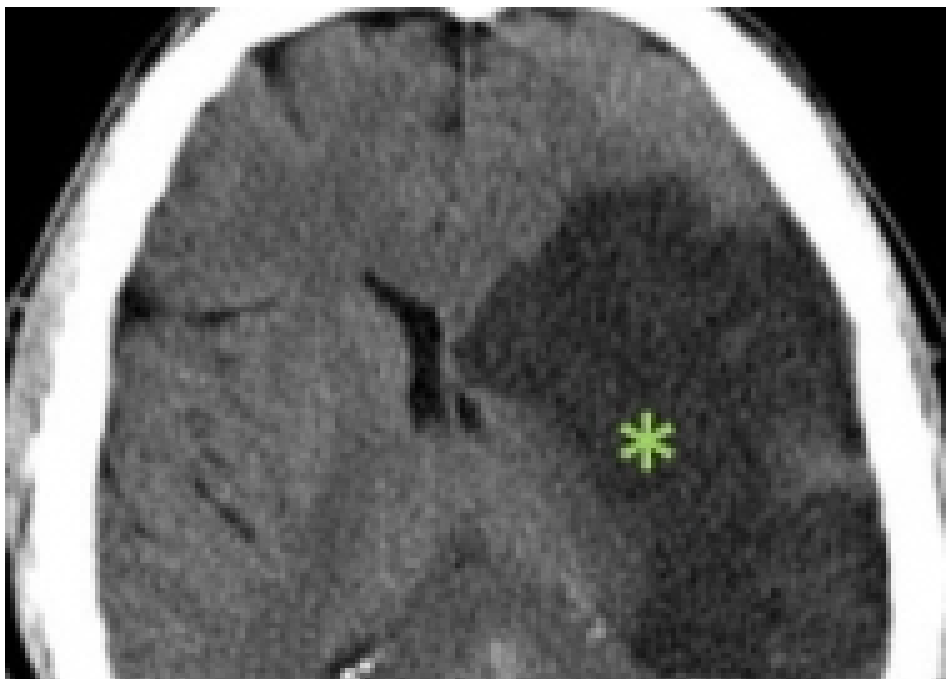
1 Introducción

Se denomina como ictus a una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También se le conoce como accidente cerebrovascular (ACV), embolia o trombosis. Los dos últimos términos, no obstante, se refieren más bien a distintas causas del ictus. Un ictus ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre, oxígeno y glucosa, que necesita. Las consecuencias son que las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el ictus como un síndrome consistente en el rápido desarrollo de signos clínicos secundarios a la alteración de la función cerebral focal (o global), con duración mayor o igual a 24 horas o que provoca la muerte, sin otra causa aparente que el origen vascular.

La prueba fundamental en urgencias es un TAC o escáner cerebral que permite ver el cerebro y decirnos cuál de los dos tipos de Ictus sufre el paciente (Isquémico o Hemorrágico) y decidir el tratamiento en ese mismo momento.

El 29 de Octubre se declaró como el día Mundial del Ictus. Se estima que, en nuestro país, una de cada seis personas tendrá un episodio de este padecimiento a lo largo de su vida.



2 Objetivos

- Exponer cómo diagnosticar el tipo de ictus, la localización y la causa y ofrecer el tratamiento más idóneo a cada situación a propósito de un caso clínico.
- Iniciar las pautas de modificación de los factores de riesgo para prevenir nuevos ictus.

3 Caso clínico

Paciente varón de 68 años no bebedor, no fumador y con antecedentes de prostatismo, es trasladado por en 112 a Urgencias por un desmayo, cuadro brusco de laxitud y debilidad generalizada con palidez cutánea y dificultad para articular el lenguaje sin referir clínica neurológica focal asimétrica en miembros; su mujer refiere una desviación temporal de la comisura bucal.

No muy consciente, ni orientado, sin fiebre y TA 132/84. El paciente no respira con normalidad. La analítica de urgencia (Hemograma, Coagulación y Bioquímica básicas), Si presenta alteraciones en distintos parámetro, incluida una leve anemia con valores de Hemoglobina (Hb) 121 g/L. Se activa el código Ictus y se le realiza un Tac de Urgencia.

El paciente ingresa en el Servicio de Neurología. El enfermo presenta cefalea, disminución del nivel de atención, dolor torácico, disnea, palpitaciones y focalidad organotópica a otro nivel.

Evolución: el paciente, ingresado por un episodio de ictus, es dado de alta con sus correspondientes tratamientos y rehabilitación.

Nueve días después el paciente acude de nuevo a Urgencias, ya que refiere disminución de fuerza en extremidades derechas con desviación de la comisura bucal de aproximadamente 30 minutos de duración.

En Urgencias se activó el “código ictus” siendo en ese momento la escala NIH de 7, y tras nueva valoración media hora después. el déficit va regresando con escala NIH de 2, por lo que se desactiva el “código ictus”.

Ingresa en Neurología. Una vez ingresado presenta un nuevo episodio de similares características y unos 5' de duración. Posteriormente asintomático. No cefalea ni otra clínica asociada.

Exploración física: Tª 36 °C, TA 120/70. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. Cabeza y cuello: no soplos.

Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas. Campimetría por confrontación normal. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada. Reflejos bilateral y simétricos. RCP flexores. No dismetrías. Lenguaje fluido y coherente. No rigidez de nuca.

Es dado de alta otra vez pautándole tratamiento nuevo y de nuevo rehabilitación,

si tuviera aparición de nuevos síntomas, volver a Urgencias. Con el diagnóstico de Ictus Isquémico.

4 Discusión-Conclusión

1. Reconocer rápidamente los signos y síntomas del ictus, anotando cuando ocurren por primera vez.
2. Activar con rapidez los servicios de emergencia y radiodiagnóstico.
3. Transporte rápido de emergencia. La mejor forma de llegar al hospital es mediante estos servicios, puesto que advertirán cuanto antes al servicio de urgencia del hospital.
4. Comenzar el cuidado y la evaluación del paciente durante el transporte al hospital: En cuanto el paciente sufra un ictus, los servicios médicos responsables deben tener en cuenta determinados aspectos del paciente como una adecuada oxigenación, así como controles de alimentación, presión arterial, glucemia, fiebre u otras complicaciones.
5. Recibir el diagnóstico y el tratamiento rápidamente en el hospital para que esté bajo vigilancia intensiva.
6. En ocasiones se debe recurrir a la cirugía para eliminar el coágulo que bloquea las arterias del cerebro.
7. Cuando el ictus ya haya pasado, el tratamiento depende de las incapacidades que le hayan quedado al paciente.

5 Bibliografía

1. <https://www.cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/ictus.html>.
2. https://www.neurodidacta.es/index.php?option=com_guru&view=gurutasks&catid=2&module=9-manejo-en-la-fase-aguda-del-ictus&cid=30-%C2%BFqu%C3%A9-pruebas-deben-realizarse-a-un-paciente-de-ictus&tmpl=component&Itemid=0.

Capítulo 177

SECUENCIA PARA PONERSE Y QUITARSE UN EPI

MARÍA TORRALBA CANO

MARIA JOSE JUNQUERA GONZALEZ

1 Introducción

El EPI es el equipo destinado a ser llevado por el trabajador par que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su saludo; éste elemento (el EPI) es la última barrera entre el trabajador y el riesgo, por tanto, solamente se recurriría a su utilización cuando el riesgo no se haya podido evitar o reducir suficientemente por medidas preventivas técnicas y/o de organización.

La necesidad de utilizar un EPI así como el tipo y las características del mismo se decidirá en función de los resultados e información de la evaluación de los riesgos.

Los EPI utilizados normalmente en el medio de trabajo para proteger al trabajador contra agentes biológicos son equipos de protección respiratoria, guantes, ropa de protección y protección facial y ocular; también se pueden incluir batas o monos de una sola pieza y mascarillas debiendo de llevar todos ellos el símbolo de la CE.

No está claro que tipo de EPI protege mejor, cual es la mejor manera de ponérselos quitárselos ni como capacitar a los trabajadores sanitarios en el uso indicado del equipamiento; lo que sí está claro es que el EPI es para proteger al trabajador así mismo y no a terceras personas.

2 Objetivos

Evaluar qué tipo de EPI para todo el cuerpo y qué método para colocarlo o retirarlo tiene el menor riesgo de contaminación o infección para los trabajadores sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 ponerse el EPI primeramente nos pondremos la bata que cubra el torso desde el cuello a las rodillas y los brazos hasta la muñeca atándola por detrás a la altura del cuello y la cintura; a contaminación pondremos la mascarilla o respirador asegurando los cordones o banda elástica en la mitad de la cabeza y en el cuello ; seguidamente pondremos las gafas protectoras sobre la cara y ojos, las ajustamos y por último pondremos los guantes extendiéndolos para que cubran la parte del puño en la bata de aislamiento.

Para quitar el EPI una vez terminado con él primeramente quitaremos los guantes con cuidado ya que están contaminados agarrando la parte exterior con la mano opuesta quitándolo, deslizamos los dedos de la mano sin guante por debajo del otro guante que no quitamos y lo quitamos recubriendo el primer guante arrojándolos al recipiente de desechos; a continuación quitamos las gafas protectoras cogiéndolas por la parte de la banda de la cabeza o de las piezas de las orejas; seguidamente quitamos la bata desatando los cordones y la vamos volteando al revés hasta desecharla y por último la máscara o respirador desatando los cordones o banda elástica de arriba nunca tocándola por delante.

Como hemos dicho el tipo de EPI que se debe utilizar depende del nivel de precaución que sea necesario, puede ser un equipo estándar y de contacto o de aislamiento de infecciones transportadas por gotas o por aire; lo que hay que tener claro es que tanto antes como después de la utilización de éstos equipos de trabajo hay que utilizar prácticas seguras para no propagar una contaminación como por

ejemplo mantener las manos alejadas de la cara, limitar el contacto con superficies, cambiar los guantes si se rompen o están demasiado contaminados y realizar higiene de manos.

También debemos saber que a excepción del respirador o mascarilla quitaremos el EPI en la entrada de la puerta o en la antesala cuando salgamos de la habitación del paciente y luego la mascarilla o respirador y cerraremos la puerta.

Otro punto importante es que deben proporcionar una protección eficaz frente a los riesgos que motivan su uso, sin suponer por sí mismos u ocasionar riesgos adicionales ni molestas innecesarias debiendo adecuarse a las condiciones del lugar de trabajo en el que puede ocurrir la exposición como por ejemplo temperatura, humedad ambiental etc.

El EPI debe adaptarse correctamente al usuario ya que un mal ajuste puede implicar una disminución de la protección ofrecida por el equipo e incluso la inexistencia de protección a pesar de ser llevado; y según el riesgo a proteger para el que estén diseñados, los EPI pueden ser de categoría I, II o III.

Sin embargo, se discrepa o no está claro que tipo de EPI protege mejor, ya que la contaminación también se produce a menudo al quitarse el EPI, debido a que no sabemos la forma más segura de quitarse el EPI ni tampoco sabemos la mejor forma de entrenar a los trabajadores para quitarlo, lo que está claro es que cuantas más partes del cuerpo se cubran habrá una mejor protección.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario expuesto a enfermedades altamente infecciosas debe registrar su equipo de protección individual y hacer un seguimiento de su riesgo de infección; esto quiere decir que hay que averiguar qué tipo y combinación de equipo de protección es el que más nos va a proteger.

También necesitamos más estudios sobre la mejor manera de quitarse la ropa de protección después de su uso ya que no está tan claro como parece debido a que un pequeño despiste en algún movimiento de quitar el traje puede traer consecuencias desorbitadas tanto para uno mismo como para el resto de los compañeros y personal que se encuentre en ese momento alrededor.

6 Bibliografía

1. Instrucciones del Hospital Universitario Central de Asturias.
2. Instituto Nacional de la Seguridad y Salud en el trabajo (1971-2021).

Capítulo 178

QUIÉN ES EL TÉCNICO DE LABORATORIO

MARÍA TORRALBA CANO

MARIA JOSE JUNQUERA GONZALEZ

1 Introducción

El técnico de laboratorio es el profesional sanitario con competencia para la obtención de muestras biológicas, garantizada la calidad de todo el proceso, prepara la muestra para su análisis y la procesa.

Aplica técnicas de análisis genético, realiza parámetros bioquímicos, análisis microbiológicos, técnicas inmunológicas, técnicas de análisis hematológicos...etc.; todo ello garantizando la calidad del proceso y asegurando la trazabilidad.

Para poder trabajar como técnico de laboratorio es necesario que cuentes con unos estudios previos que te faculden para ello. En España, estos estudios se trata de un título de grado medio y superior (y decimos España porque en la Unión Europea es carrera y no lo tenemos convalidado), dependiendo de la especialidad, que podemos encontrar en diferentes comunidades autónomas y que se puede estudiar de manera presencial o semi-presencial en ciertos centros españoles.

A lo largo de este capítulo podremos profundizar en esta profesión de técnico de laboratorio y aunque existen diferentes niveles de responsabilidad, esta variará en función del grado de estudios con el que se cuente; aunque podemos encontrar distintos grupos profesionales, nuestro grupo de la categoría de técnicos sería el Grupo III(técnicos especialistas superiores) ya que se necesita bachiller superior

: mientras el Grupo I serían los titulados superiores como licenciados, ingenieros etc.; y el Grupo II serían los titulados de grado medio como los diplomados, arquitectos técnicos etc.

2 Objetivos

Describir las tareas del técnico de laboratorio en el entorno hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Técnico realiza los cultivos y pruebas pertinentes para conocer cuál es el microorganismo que te está atacando, tanto realizando cultivos como utilizando las más complejas técnicas de biología molecular como por ejemplo la PCR, ya que como hemos mencionado anteriormente realizada las pruebas para ayudar al médico a dar un diagnóstico lo más rápido posible.

Otro punto a tener en cuenta es que el personal técnico aparte de trabajar en numerosos campos como la industria, la educación, la ciencia médica y en instituciones de investigación, también se ocupan de la preparación del material y de la reposición y realización de los pedidos sobre los materiales de laboratorio para que todo esté siempre a punto y nunca falten en los laboratorios los medios para la realización de las pruebas oportunas.

Otra labor importante para los técnicos es que ponen a punto y llevan a cabo experimentos, toman mediciones y decisiones junto con el analista del laboratorio y ayudan a informar sobre los resultados.

También debemos tener en cuenta que para que las pruebas que realizamos en el laboratorio sean fiables, el técnico deberá hacer un correcto mantenimiento del equipo que vamos a usar para la realización de dichas pruebas al igual que debe

tener todas las cosas del laboratorio debidamente organizadas, etiquetadas y debidamente colocadas; una vez acabadas todas las tareas realizaremos la limpieza exhaustiva tanto del laboratorio como del almacén, eliminando a la vez los residuos del laboratorio.

Resumiendo el Técnico de laboratorio desempeña un papel fundamental por las muchas acciones capaz de desempeñar, aunque su figura en muchas ocasiones es muy poco conocida y valorada pero muy importante por la realización del trabajo que realiza día a día para buscar la solución a los problemas que surgen en los laboratorios.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos están expuestos a muchos microorganismos al estar trabajando con un gran volumen de muestras diariamente, estos microorganismos pueden afectarte a ti como pueden afectar a otros pacientes; por ello que es muy importante que trabaje siguiendo unas medidas de auto-protección, además de evitar la contaminación de las muestras y que el Técnico se contagie con cualquier microorganismo sin la debida protección.

Otro punto a tener en cuenta es que gracias a todos estos profesionales sanitarios que son los Técnicos Especialistas en Laboratorio podemos luchar juntos contra los agentes infecciosos que nos rodean a todos , ya que cada vez vamos evolucionando y avanzando en la sanidad con nuevas tecnología.

6 Bibliografía

1. Implika (30 abril 2021).
2. Educaweb.

Capítulo 179

PRUEBAS RÁPIDAS DE ANTÍGENOS DE LEGIONELA Y NEUMOCOCO

MARÍA TORRALBA CANO

MARIA JOSE JUNQUERA GONZALEZ

1 Introducción

El test rápido de Legionela y Neumococo es una prueba enmunocromatográfica d un solo paso para la detección cualitativa simultánea de estos antígenos en orina; estas pruebas ofrecen un ensayo de cribado sencillo y de alta sensibilidad para realizar un diagnóstico presuntivo en el diagnóstico de estos antígenos en las personas infectadas.

Estas bacterias son Gram Positivas y son uno de los patógenos más importantes y que afectan principalmente a los niños y a las personas de edad avanzada ya que pueden causar enfermedades graves con importante riesgo para la vida, por eso un diagnóstico rápido y la administración de forma rápida de una terapia antimicrobiana apropiada pueden reducir la tasa de mortalidad.

Estas bacterias se presentan de forma epidémica y endémica, dándose en casos esporádicos y cuyos síntomas clínicos no se diferencian de otras infecciones respiratorias.

Aparte de la orina, estos test rápidos también se pueden realizar en el agua por ejemplo el agua de los hospitales, agua de los manantiales, etc.

Como hemos dicho varias veces un diagnóstico rápido y preciso va a ir asociado a un tratamiento más dirigido y efectivo, una menos transmisión de la enfermedad

y en muchas ocasiones, a una disminución en la duración de la misma y con ello el minimizar el uso de pruebas innecesarias.

2 Objetivos

Describir la importancia y el procedimiento de realización de las pruebas de legionela y neumococo.

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 la realización de esta prueba no se necesita ninguna preparación, solamente se requiere una muestra de orina en un frasco estéril debidamente etiquetada con los datos del paciente.

Cuando la orina llega al laboratorio debidamente etiquetada con su volante correspondiente procederemos a comprobar que coinciden los datos del volante con los de la orina, seguidamente procederemos a darle un número de petición y a procesar dicha muestra.

A continuación cogeremos dos kits, uno de Legionela y otro de Neumococo poniéndoles el mismo número que al volante y a la orina, con la torunda que trae cada uno de ellos lo impregnamos de orina y cada torunda lo pegaremos a su debido kit, es decir, impregnamos una torunda con la orina y lo adjuntamos al kit de la Legionela y con la otra torunda haremos lo mismo y lo adjuntamos al kit del Neumococo.

Una vez procesadas la orina con sus respectivos kits esperamos unos quince minutos hasta obtener el resultado, una vez pasado ese tiempo procederemos a transmitir los resultados, si el kit tiene una raya que es el de control el resultado es negativo mientras que si el kit observamos dos rayas será positivo.

Cuando el resultado es positivo se deben realizar pruebas más específicas para confirmación de dichos resultados, por ejemplo en el caso de la Legionela realizar un cultivo es la prueba principal que debe solicitarse para su formación.

En caso de Neumococo bastaría con realizar solamente el kit rápido ya que es sensible, específico, no es excesivamente caro y el más útil ya que el Neumococo es el mayor causante de infección por Legionela.

Otra prueba importante a tener en cuenta si la infección por el Neumococo se agudiza es la detección de anticuerpos en suero comprobando la detección de IgG mediante inmunofluorescencia indirecta o mediante enzimo-inmuno análisis o Elisa.

Por otra parte también se pueden realizar como diagnóstico confirmatorio en muestras de origen respiratorio como exudados faríngeos, lavado broncoalveolar, etc., son las Técnicas de biología molecular.

Otro punto a tener en cuenta es que aunque los resultados de los test rápidos sean negativos no excluyen de tener infección por estos antígenos y por ello se recomienda el cultivo para detectar los agentes causales y para descubrir la presencia de dichos antígenos cuando no se hayan detectado en orina aunque su diagnóstico no se puede basar en la evidencia clínica o radiológica, como hemos dicho no existe una prueba de laboratorio única que sea definitiva para la detección de los mismos, por ello deberán usarse como comentamos los resultados de cultivos y serología aparte de los antígenos a fin de realizar un diagnóstico preciso.

5 Discusión-Conclusión

La detección de estos antígenos como ya hemos dicho es una técnica rápida, fácil y sencilla de realizar ya que presenta una alta sensibilidad y especificidad y también es importante para valorar el resultados siempre en el contexto clínico del paciente.

Estos test podrían reducir el gasto antibiótico, la estancia hospitalaria y el número de pruebas diagnósticas debido a que los síntomas de la Legionela y el Neumococo se detecta desde el inicio de los síntomas hasta bastante tiempo después.

También podemos destacar que gracias a éstos test que como hemos mencionado antes son fáciles de realizar y de interpretar, con unos resultados casi instantá-

neos y una fácil recogida de la muestra podrían condicionar el óptimo manejo sin necesidad de recurrir a la Atención Especializada.

6 Bibliografía

1. Instrucciones de los kits de antígenos del laboratorio de virus del Hospital Universitario Central de Asturias.
2. Aepap.
3. Medicaexpo.

Capítulo 180

PRUEBA DE MEZCLAS EN EL LABORATORIO DE RESPUESTA RAPIDA DEL HUCA

MARÍA TORRALBA CANO

MARIA JOSE JUNQUERA GONZALEZ

1 Introducción

La prueba de mezclas es el método elegido en este laboratorio de respuesta rápida para investigar cual es la causa de la prolongación del Tiempo de Tromboplastina Parcial Activa (TTPA), aunque también se puede emplear en el caso de el Tiempo de Protrombina (TP).

De esta prueba depende los siguientes estudios a realizar en los Laboratorios de Hemostasia o Rutina derivándolos hacia otros estudios de factores de coagulación o a la investigación de la presencia de inhibidores circulantes como anticoagulante lúpico, hemofilia adquirida, etc.

Esta prueba es pedida normalmente por el hematólogo de guardia, previamente hechas otras pruebas en las que los resultados adquiridos en ellas no sean concluyentes para el diagnóstico.

Esta prueba se realiza en pocas ocasiones; es decir; no es una prueba que se suela realizar con demasiada frecuencia, aunque no es muy laboriosa, es una prueba larga de realizar ya que una fase de dicha prueba es la incubación de las muestras en las que hay que esperar una hora de duración para luego procesarla en el aparato y luego tomar las decisiones oportunas según sus resultados.

Estas decisiones que se tomen según los resultados obtenidos pueden determinar la salud del paciente y sus posibles consecuencias.

2 Objetivos

Describir la prueba de mezclas en el laboratorio de respuesta rápida del HUCA.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se debe realizar una mezcla de partes iguales (1:1) del plasma del paciente y plasma pool y control normal.

Seguidamente se incuba a 37 °C durante un hora en el baño de incubación dicha muestra mencionada anteriormente.

Finalizada la incubación, se realizará la determinación analítica a estudio (TTPA o TP) a las tres muestras citadas con anterioridad (plasma del paciente, pool y control normal).

La cantidad a analizar en cada pocillo será de 300 microlitros y en el ACL TOP que es el aparato donde se analizarán se identificarán como ttpa pmezclas o tt pmezclas según cual queramos analizar.

El tiempo se dará en segundos siempre; estos resultados se introducirán de forma manual en el programa que se use ya que al meterlos en el aparato de forma manual no transmiten como el resto de muestras normales; de ahí que tengamos que hacerlo nosotros y podemos meter incluso el resultado junto con dos decimales.

Los resultados obtenidos son los procesados tras la incubación de una hora a 37 °C.

Cuando la TTPA del paciente da error pondremos en su lugar 300 segundos según el protocolo indicado por ello.

La corrección del tiempo de coagulación en la mezcla indica déficit factorial; los criterios de corrección son variables:

- Tiempo de la mezcla menor o igual que el valor de referencia.
- Tiempo de mezcla menor o igual que valor de referencia más cinco segundos.
- Índice de Rosner = $\frac{\text{Tiempo mezcla} - \text{Tiempo plasma pool} \times 100}{\text{Tiempo del paciente}}$ dividido entre el Tiempo del paciente; éste se calcula automáticamente en Gestlab (que es el programa usado en el laboratorio).

Los resultados posibles son:

- Menor de 12 % indica corrección (orienta a déficit factorial y haría que el examen oriente hacia la medición de factores).
- Mayor del 15 % indica no corrección (orienta a presencia de inhibidor circulante de tipo lúpico que no produce en términos generales la exposición a un riesgo mayor de hemorragia, sino trombótico. No obstante, puede darse la ocurrencia de inhibidores específicos contra determinados factores de coagulación que incrementen el riesgo hemorrágico, al neutralizar parcialmente la función de los mismos como Hemofilia adquirida A o B, inhibidores contra factor VII, XIII, XI...).
- Entre el 12 % y el 15 % indica dudoso y tiene que valorarlo el facultativo responsable.

Como ya hemos dicho esta prueba en el laboratorio de Urgencias esta prueba tarda en procesarse alrededor de dos horas y media aproximadamente, mientras que en área de Trombosis y Hemostasia es de un día laborable ya que es un procedimiento laborioso.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos mencionado anteriormente es una prueba larga y no muy laboriosa que se usa en los alargamientos de los estudios de coagulación cuando las demás pruebas realizadas no dan unos resultados concluyentes.

Como ya hemos dicho esta prueba en el laboratorio de Urgencias esta prueba tarda en procesarse alrededor de dos horas y media aproximadamente, mientras que en área de Trombosis y Hemostasia es de un día laborable ya que aunque no es muy laborioso es una prueba de larga duración.

Esta prueba suele recurrirse a ella durante el fin de semana cuando la rutina no trabaja para hacernos una idea de los resultados y diagnósticos sean mas concluyentes.

6 Bibliografía

1. Instrucciones del laboratorio de respuesta rápida del HUCA,
2. Medline plus,

Capítulo 181

DETERMINACIÓN DE PORFIRIAS EN ORINA

MARÍA TORRALBA CANO

MARIA JOSE JUNQUERA GONZALEZ

1 Introducción

La porfiria se puede medir en orina y en sangre , en éste capítulo hablaremos sobre las porfirias agudas en orina o test de Hoesch.

La porfiria es una enfermedad hereditaria o adquirida que impide que el cuerpo produzca correctamente hemoglobina que es un pigmento de los glóbulos rojos que contiene hierro y se produce en la médula ósea y en el hígado.

La porfiria es una afección poco frecuente y generalmente se hereda; su forma adquirida puede presentarse debido a una intoxicación por hierro o plomo, uso de alcohol, hepatitis C , VIH y ciertos medicamentos.

Las porfirias y las sustancias químicas relacionadas se producen en el cuerpo como parte del proceso de producción de hemoglobina ya que determinados tipos de porfiria hacen que éstas sustancias químicas pasen a la orina.

Hay siete variedades de porfiria pero por su forma de manifestarse , se pueden distinguir dos subgrupos que son las porfirias cutáneas y las porfirias agudas; para un diagnóstico rápido y en poco tiempo utilizamos el test de Hoesch que es un reactivo de bajo coste disponible en la mayoría de los laboratorios de urgencias.

En ocasiones la porfiria puede ser difícil de diagnosticar, ya que requiere exámenes más exhaustivos debido a que cada tipo de porfiria tiene un tratamiento diferente para evitar desencadenantes.

2 Objetivos

Exponer la importancia de realizar la prueba de porfirias en orina para hacer un diagnóstico lo más rápido posible y evitar posibles desencadenantes y reducir los síntomas de la enfermedad cuanto antes.

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 la realización de la prueba no se necesita preparación ninguna, simplemente bastará con una muestra de orina en la que se evitará que la de mucho tiempo la luz; en el laboratorio se procederá a realizar el test rápido de la porfiria o test de Hoesch.

Este test se encuentra en la nevera previamente preparado con un mililitro de reactivo e Ehrlich que contiene dos gramos de p-dimetilaminobenzaldehído en 100 mL de HCL6N.

Cuando la orina llega al laboratorio para realizar el test, es muy sencillo, ya que no hace falta centrifugar la muestra; simplemente se coge un tubo del preparado que se encuentra en la nevera y se le añaden cuatro gotas de la orina, seguidamente agitamos unos minutos la preparación (cinco minutos aproximadamente) hasta obtener el resultado.

Para informar los resultados de la prueba se hace de manera cualitativa como positivo o negativo; es decir; una vez realizada, agitamos suavemente para ver si cambia de color: Si cambia a rojo es Positiva y si no cambia es Negativa.

Si el test da positivo se congela la orina sin centrifugar(muy importante) y se avisa al facultativo responsable del área de Cromatografía para posteriores pruebas de confirmación y sucesivas pruebas de descarte.

También debemos saber que los resultados de la prueba pueden variar en función de la edad, genero, antecedentes médicos, el método utilizado para el análisis y otros factores aunque en la orina, puede haber diferentes sustancias a distintos niveles según el tipo de porfiria que tenga.

Otro caso que debemos tener en cuenta es que los resultados pueden dar falsos positivos o falsos negativos, éstos resultados de la prueba pueden verse afectados si la muestra de la orina se viera contaminada de alguna manera.

Como hemos comentado anteriormente se necesitan distintos tipos de pruebas para confirmar el tipo de porfiria que tiene y para determinar que forma de la enfermedad se tiene; las pruebas pueden ser en orina, en sangre y heces.

Debemos tener en cuenta que se debe ser cauto al interpretar los resultados de éstas pruebas de evaluación de las porfirias ya que los resultados se pueden expresar también a partir de un valor previamente definido; si los estudios iniciales son negativos , la probabilidad de que se trate de una porfiria es baja y como ya hemos comentado si son positivos hay que hacer pruebas adicionales.

Por último saber que el patrón de evaluación de cada tipo de porfiria en un tipo concreto de muestra es de gran ayuda para establecer el diagnóstico del tipo de porfirias, aunque algunas de ellas pueden aumentar varias veces su valor de referencia.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos mencionado un diagnóstico precoz, completo y adecuado mejora el pronóstico y previene el desarrollo de complicaciones ya que las crisis porfíricas pueden comprometer la vida del paciente y debe de iniciarse el tratamiento correspondiente inmediatamente; sin embargo, en muchas ocasiones la dificultad en el reconocimiento clínico suele retrasar el diagnóstico a pesar de que el laboratorio es sumamente imprescindible para concluir el diagnóstico de la porfiria.

También es muy importante y se recomienda que haya en todos los laboratorios de la mayoría de los hospitales ya que en todos hay servicio de urgencias, poder

disponer de ésta prueba rápida para tener un posible diagnóstico y posteriormente analizar con más detenimiento en los laboratorios de rutina.

6 Bibliografía

1. Instrucciones del laboratorio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias.
2. MedlinePlus.

Capítulo 182

ANÁLISIS DE ORINA DE URGENCIAS

LAURA RODRÍGUEZ JULIÁN

1 Introducción

La orina es una de las muestras más estudiadas en un laboratorio puesto que nos dan información sobre posibles infecciones u otras enfermedades. La recogida de orina es la prueba más solicitada en urgencias, sobre todo en los niños. Ya que es muy frecuente la infección urinaria en pediatría. Ante un cuadro de fiebre sin foco, es una prueba rutinaria. En pediatría hay una diversidad de formas de recogida: Los niños menores de 24 meses son incontinentes y por ello precisamos para recogerles la orina de una bolsa pediátrica que se debe cambiar cada media hora previo lavado con agua y jabón, se hacen 3 cambios y si en ese periodo de tiempo no hemos podido recogerles el urocultivo se les realiza un sondaje vesical, antes de realizarlo se informa a los padres. En la mayoría de los casos no hay ningún problema pero hay padres que se niegan a que sus hijos sean sondados. En los neonatos se realiza el sondaje vesical como primera opción en la mayoría de los casos. Por supuesto otra forma de recogida es la micción voluntaria. En esta revisión explicaremos el método de recogida, transporte y análisis de la orina en el laboratorio de urgencias.

2 Objetivos

Entender la importancia de los procedimientos y la rapidez que se deben de hacer este tipo de pruebas cuando llegan de urgencia.

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

Hay varios exámenes que se les suele hacer como la tira reactiva, el sedimento, el cultivo...

En la recogida de la orina se necesita un contenedor adecuado que suele ser de plástico transparente, para la recogida de esta se debe orinar una pequeña cantidad en el inodoro, contener y volver a orinar en el contenedor al menos hasta la mitad de este.

Tras esto se debe cerrar bien el bote y llevarlo a analizar, se recomienda que no pase más de 2 o 3 horas.

Una vez en el laboratorio se realiza una tira reactiva, los resultados se obtienen en unos 5 minutos, e es la más utilizada para descartar infecciones de orina.

Para la siguiente prueba, el sedimento, la muestra debe de ser centrifugada separando así el contenido sólido del líquido.

El sólido será estudiado al microscopio y nos permitirá observar leucocitos, bilirrubina, hematíes, entre otros, los cuales no deben de aparecer o lo harán en poca cantidad, de no ser así nos indican la presencia de una patología.

El cultivo de la orina nos permite conocer, si existiese infección de orina, que tipo de germen lo provoca, y se debe realizar con unos niveles de esterilidad elevados, para ello se siembra la orina en una placa y se deja en la estufa un día o más, esperando así a que crezca algún tipo de bacteria que será estudiada para saber el medicamento que le sirva.

Todas estas pruebas son obligatorias en todas las muestras de orina, y deben de seguir un protocolo explicado por el laboratorio y validado, si una de estas pruebas faltará, al médico le podrían faltar datos para poder dar el diagnóstico al paciente y con esto una solución a sus problemas.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos comentado anteriormente el estudio de la orina es muy recurrente y por ello es muy fácil encontrar mucha información de esta, es importante saber los pasos que se han de seguir para que la prueba salga bien y el resultado no sea incorrecto, esto es fácil gracias a los protocolos dados en cada laboratorio para que todas las muestras salgan un resultado correcto.

Este estudio nos enseña la importancia de un buen procedimiento, de la toma de las muestras y de las distintas pruebas a realizar de una misma muestra, si en algún momento la muestra no es procesada de una manera adecuada la prueba puede no ser útil ni el resultado correcto.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/>.
2. <https://www.google.com/amp/s/www.salud.mapfre.es/pruebas-diagnosticas/laboratorio/analisis-de-orina/amp/>.

Capítulo 183

TUMOR EVANESCENTE DE PULMON O "TUMOR FANTASMA"

ANA BELEN ORTEGA GARCIA

RAMIRO RUIZ GARCIA

MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA

MARIA DOLORES BELLON COBO

MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME

1 Introducción

Se denomina tumor fantasma al derrame pleural interlobar que aparece en los pacientes con falla cardíaca descompensada, y que simula una masa pulmonar que desaparece con tratamiento médico. Su importancia radica en la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con masa o nódulos pulmonares de otra etiología.

Esta entidad fue descrita en 1928 por Stewart, tras la realización de una autopsia para confirmar una sospecha clínica. Se desconoce su frecuencia de aparición y hasta el momento sigue siendo una manifestación clínica poco común.

En radiología de tórax, el «tumor fantasma» o “tumor evanescente” es un derrame encapsulado localizado en el ámbito de una cisura donde el líquido abomba las dos caras de la pleura visceral creando una imagen redondeada con aspecto de huso (1), que a veces nos plantea el diagnóstico diferencial con masas pleurales

y extrapleurales. Es muy característico que se localice en el ámbito de la cisura menor en el lado derecho, simulando una lesión intrapulmonar que desaparece al resolver las causas que originaron la acumulación de líquido.

Para el diagnóstico, es importante sospecharlo fundamentalmente por su localización anatómica a nivel de la cisura y su aspecto característico, siendo suficiente con las proyecciones convencionales (postero anterior y lateral). En caso de duda puede recurrirse a proyecciones oblicuas incluso al TAC torácico.



2 Objetivos

- Describir cómo diagnosticar que realmente es un tumor fantasma mediante la radiografía de tórax y tomografía computarizada de tórax.
- Determinar el tratamiento correcto para estos casos.

3 Caso clínico

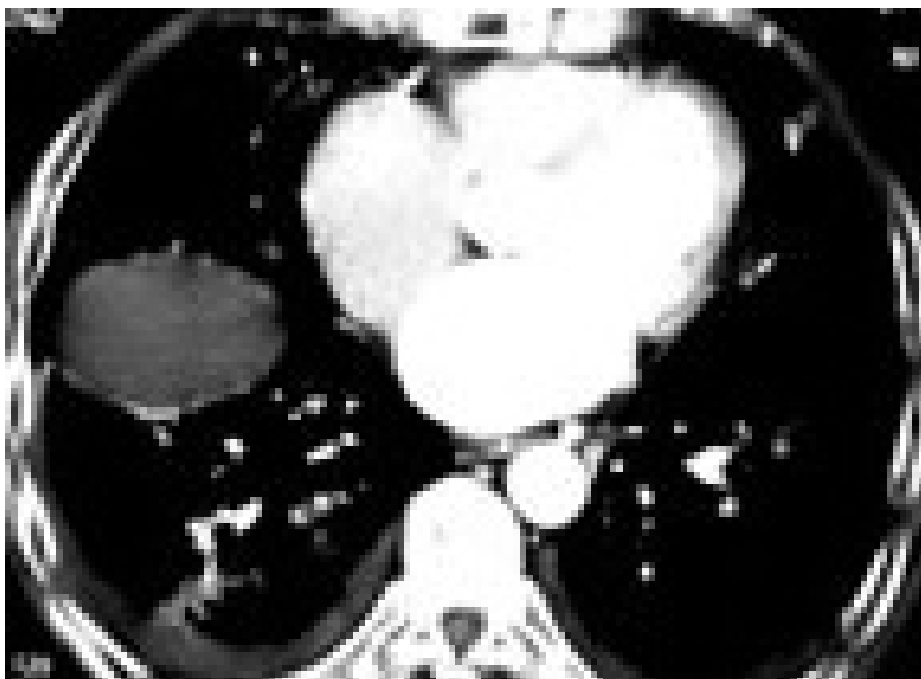
Hombre de 87 años que ingresó en urgencias por síntomas progresivos de veinte días de evolución, disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea, disnea paroxística nocturna y retención hídrica (ascitis y edema de miembros inferiores), historia previa de falla cardíaca isquémica con fracción de eyección comprometida y tratamiento irregular no adherente con furosemida, enalapril y metoprolol.

Al examen físico se destacaba la presencia de crépitos en bases. Los paraclínicos de ingreso descartaron evento coronario agudo mediante electrocardiograma sin cambios del ST y una radiografía de tórax mostró cardiomegalia, engrosamiento pleural derecho periférico y dos imágenes de tipo masa en tercios medio e inferior derechos, más opacidad intersticial en bases. En la vista lateral se observó que las masas correspondían a líquido en las cisuras menor y mayor derechas. También el radiólogo refirió en hacerle una tomografía computerizada de tórax con contraste para valorar mejor la clínica que el paciente refería.

El ecocardiograma transtorácico mostró ventrículo izquierdo severamente dilatado, fracción de eyección del 20 %, hipocinesia severa generalizada, disfunción diastólica con aumento de las presiones de llenado del ventrículo izquierdo con patrón restrictivo e insuficiencia tricúspide severa; presión sistólica de la arteria pulmonar de 60 mm Hg, derrame pleural basal bilateral de predominio derecho y vena cava inferior ingurgitada.

Se inició manejo farmacológico con diuréticos endovenosos, optimización de perfusión con soporte inodilatador, reanimación por metas y balance hídrico y de peso diario. Como se planteó la posibilidad de tumor o masa sin otros hallazgos, con la mejoría sintomática se ordenó nueva radiografía de tórax que mostró la resolución de las masas.

Al mes de recibir el tratamiento, el médico le vuelve a solicitar radiografía de tórax, y para completar el diagnóstico, también se le realizó una tomografía computerizada de tórax con contraste.



4 Discusión-Conclusión

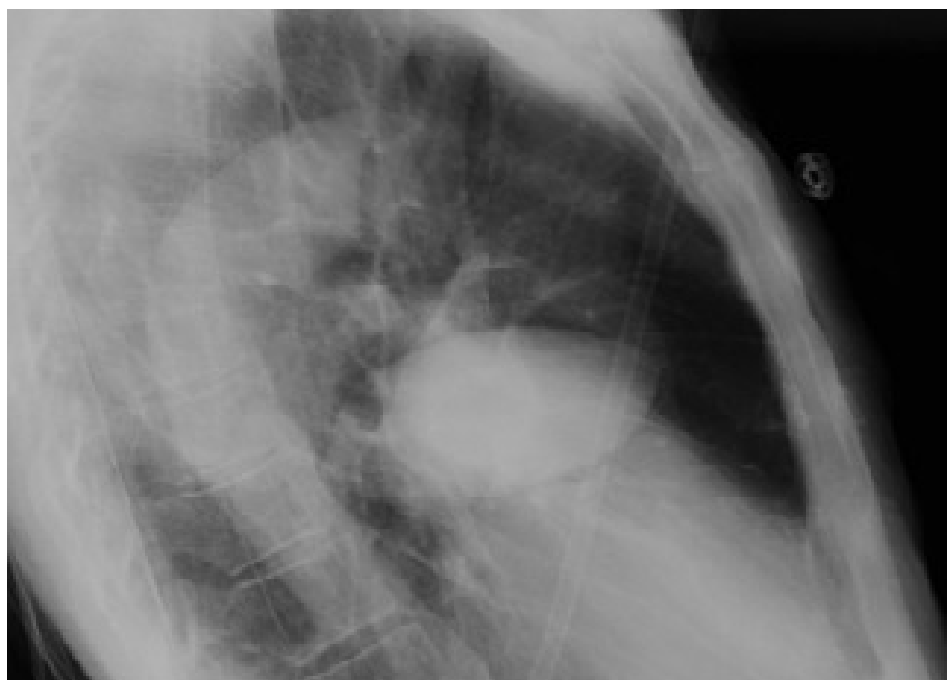
El tumor fantasma o evanescente se caracteriza por derrame pleural interlobar localizado, que aparece en los pacientes con falla cardíaca, aunque se puede ver también en casos de insuficiencia renal e hipoalbuminemia, y simula una masa pulmonar que desaparece con tratamiento médico.

Aunque no se conoce muy bien la causa de su aparición se asocia con defectos congénitos de la pleura o con la presencia de adherencias debidas a procesos pleurales antiguos. Ocurre predominantemente en los hombres en el hemitórax derecho, y se reportan tres cuartas partes de los casos dentro de la cisura transversal derecha, con menos frecuencia dentro de la cisura oblicua. El compromiso simultáneo de ambas cisuras se ha reportado hasta en un quinto de los casos, siendo esporádico el compromiso del hemitórax izquierdo.

Un papel clave en su patogénesis está relacionado con las adherencias y la obliteración del espacio pleural alrededor del borde de la cisura debido a la pleuritis. En tal configuración, los tumores fantasmas se dan cada vez que la trasudación desde el espacio vascular pulmonar excede la capacidad de resorción de

los linfáticos pleurales. Sin embargo, esta distribución intercisural atípica de derrames pleurales también se puede explicar por aumento local del retroceso elástico de pulmón adyacente, parcialmente atelectásico, que produce un efecto de “ventosa” y favorece la acumulación de líquido, incluso en ausencia de adherencias pleurales. La predilección por el lado derecho se debe a que hay mayor presión hidrostática a diferencia del lado izquierdo, lo cual produce incremento del drenaje venoso y linfático que conduce a la acumulación de líquido.

En algunos casos la proyección lateral de la radiografía de tórax puede orientar el diagnóstico porque permite la localización de la lesión.



5 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-tumor-evanescente-un-reto-diagnostico-S0120563317301973#:text=Se%20denomina%20tumor%20fantasma%20al,n%C3%B3dulos%20pulmonares%20de%20otra%20etiolog%C3%ADa>.
2. <https://www.cardioaragon.com/revistas/volumen-6-numero-2/tumor->

evanescente-segundario-a-insuficiencia-cardiaca/.

3. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400012.

4. <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/v-reunion-epoc/Dr.%20Barquero-Romero.pdf>.

Capítulo 184

FRACTURAS DE TALLO VERDE EN NIÑOS

ANA BELEN ORTEGA GARCIA

RAMIRO RUIZ GARCIA

MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA

MARIA DOLORES BELLON COBO

MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME

1 Introducción

Existe muchos tipos de fracturas óseas, y cada una tiene un tipo de tratamiento y un plazo de recuperación diferente. La fractura de tallo verde es una rotura que se suele dar sobre todo entre los niños. La fractura en tallo verde es una lesión que se suele producir en muchos niños que aún están en pleno crecimiento. Se trata de una fractura o rotura incompleta de uno de los huesos largos. Por sus propias características y la inmadurez de los huesos, se produce la fractura de un lado (periostio) y con ello pueden producirse distintos trastornos derivados de ello. En otras palabras, el hueso se quiebra por una parte, sin llegar a ser total.

La mayoría de las fracturas en tallo verde ocurren en niños menores de diez años porque sus huesos son más blandos y más flexibles que los de los adultos. En el caso de los adolescentes y los adultos, la lesión puede quebrar el hueso de lado a lado. Pero en los niños, el hueso solo se quiebra por un lado.

Sabemos que es muy difícil evitar que nuestros hijos o hijas se caigan y corran el riesgo de sufrir algún tipo de traumatismo. Y cuánto más pequeños, más riesgo de ello. Aun así, siempre es importante ser precavido para prevenirlas en todo lo posible.



2 Objetivos

Describir las fracturas de tallo verde en niños y su diagnóstico a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente de 6 años, acude a Urgencias por caída en el trampolín de la piscina, presenta dolor y volumen aumentado en el antebrazo izquierdo, posterior a la caída en el trampolín. Signos vitales dentro de parámetros normales, limitación de la movilidad de la muñeca y antebrazo izquierdo, así como dolor y edema en la parte distal del antebrazo.

Se realiza una radiografía de muñeca-antebrazo izquierdo, apareciendo en la misma una fractura de tallo verde de cubito y radio.

La fractura requiere la reducción, después de hacerle una reducción de la deformidad del antebrazo se inmoviliza con férula o yeso de brazo largo.

La fractura puede presentar una deformidad creciente después de la inmovilización y la posibilidad de mal-unión; por lo tanto, se requiere una consulta ortopédica frecuente.

A las tres semanas vuelve al urgencias por fuertes dolores en la zona del antebrazo izquierdo, los signos vitales entran dentro de la normalidad, se le vuelve a hacer radiografía antero posterior y lateral de la muñeca y antebrazo izquierdo, viendo que la fractura está soldando mal.

Se considera que necesita cirugía de urgencia, se decide hacer una reducción y síntesis con agujas de Kirschner. Requiriendo ingreso de unas 2 semanas para el menor, ya que se considera que tiene que estar ese tiempo ingresado por riesgo a que la fractura no se cure bien.

Al mes vuelve a consulta, se le vuelve a repetir la radiografía antero posterior y lateral de muñeca izquierda y se puede ver en la imagen que la fractura esta solidificada. se retira el tratamiento analgésico y antiinflamatorio, el paciente es dado de alta con toda seguridad que la fractura ha solidificado bien y ya no hay riesgo de rotura.



4 Discusión-Conclusión

Las fracturas en los niños presentan características que en su evolución y comportamiento, así como en la valoración del tratamiento, se diferencian de las del adulto. El niño no es un adulto pequeño, sino que su aparato locomotor presenta unas características que no se dan en el adulto:

La presencia de zonas de crecimiento (fisis), cuya lesión puede producir deformidades o acortamiento. El periostio está más vascularizado, tiene mayor componente celular que en el adulto y, por tanto, mayor capacidad de formación ósea. Los huesos tienen un diferente módulo de elasticidad.

Por tanto, los huesos infantiles tienen una mayor capacidad de absorber los traumatismos y una mayor capacidad de remodelación, determinada por la localización de la fractura y la edad. A menor edad, mayor capacidad. Así, en el neonato esa capacidad es máxima, consiguiéndose con facilidad restituciones ad integrum. También hay que tener en cuenta que:

En el niño, actualmente han aumentado las lesiones llamadas de alta energía (accidentes de tráfico y atropellos). Hay un aumento de deportes de competición en

la infancia. Debido al avance tecnológico han aumentado las indicaciones quirúrgicas consiguiendo mejores reducciones anatómicas y un mayor confort. Vamos a exponer las fracturas más frecuentes, y algunas que es interesante conocer, dejando sin tratar otras muchas que, por su poca frecuencia, tienen menor interés para los pediatras.

5 Bibliografía

1. <https://camde.es/que-es-la-fractura-de-tallo-verde/>.
2. <https://imagenologosecuador.webnode.es/fractura-en-tallo-verde/>.
3. <https://www.lecturio.com/es/concepts/fractura-en-tallo-verde/>.

Capítulo 185

FACTORES DE CRECIMIENTO GUIADOS POR ECO

BEATRIZ SUÁREZ VELASCO

1 Introducción

Los factores de crecimiento son un conjunto de sustancias, en su mayoría proteínas, que se encuentran en el plasma y en las plaquetas de nuestro sistema sanguíneo y en los procesos de reparación y regeneración celular, por lo tanto podemos decir que están involucrados en el control del crecimiento y diferenciación celular.

Conjunto de proteínas biológicamente activas encargadas de estimular la regeneración de los tejidos dañados presentes en nuestras plaquetas.

Las plaquetas liberan estas proteínas en el lugar exacto de la lesión, siendo capaz de regenerar tejidos y reestructurar la matriz extracelular.

El PPR se utiliza para lesiones de tipo muscular, tendinosa y articular.

Usos de los factores de crecimiento:

- Consolidación de fracturas.
- Injertos óseos.
- Aceleración de cicatrización.
- Pseudoartrosis.
- Artrosis.
- Lesiones tendinosas, musculares.
- Rejuvenecimiento facial con factores de crecimiento.
- Factores de crecimiento en rodilla, cadera, etc.
- Lesiones del cartilago.

Tienen capacidad para regular las funciones celulares como la proliferación, la migración y la síntesis de matriz extracelular para curar tejidos lesionados. Los Factores de Crecimiento se aplican con la finalidad de recuperar un tejido lesionado y pueden tratar el cartílago, los tendones, los músculo y los ligamentos. La finalidad de las infiltraciones es reducir el dolor y disminuir el tiempo de recuperación. Inyectando estos factores de crecimiento en las lesiones nos permite que sea mas rápido y mejorar el proceso de regeneración celular, pudiendo así acortar hasta la mitad el tiempo de recuperación.

2 Objetivos

Describir el tratamiento con factores de crecimiento guiados con ECO como terapia para reparar los tejidos lesionados fundamentalmente en el aparato músculo-esquelético y medicina deportiva.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se realizan infiltraciones directas a la lesión.

Procedimiento sencillo y mínimamente invasivo.

Realización ambulatorio, es decir, el paciente se va del servicio de Rx una vez termina.

Tiempo aproximado que dura la prueba entre 25 y 40 minutos, se realiza en un ambiente estéril y sin anestesia en la mayoría de los casos.

Lo realizaremos en la sala de ecografía, ya que es una prueba que se realiza aquí por que la aplicación de los factores de crecimiento es ecoguiada, es decir, la realizamos a través de la imagen.

La enfermera le extrae sangre al paciente, se mete esta a centrifugar en la máquina donde se separa el plasma rico en factores de crecimiento y el resto se descarta. Por cada 10ml de sangre extraída se obtienen unos 3 o 4 ml de plasma

rico en factores de crecimiento. Se inyecta en el lugar que se va a tratar. El Radiólogo a través del ecógrafo inyecta el concentrado líquido compuesto por plasma y plaquetas de la sangre del propio paciente. Conseguimos mediante procesos de concentración que el número de plaquetas se multiplique de 3 a 5 veces.

Todo este proceso se lleva a cabo en una zona estéril.

Debe firmarse un consentimiento informado para la realización de la prueba.

El número de infiltraciones, en patología articular se realizan tres sesiones con un intervalo de un par de semanas entre cada una.

No es un tratamiento doloroso ni molesto.

Según los estudios realizados en nuestro servicio de Radiodiagnóstico en la mayoría de los casos tuvieron un buen resultado para las lesiones a tratar a través de los PRP. Sobre todo en articulaciones con lesiones del cartílago, ya que así conseguimos retrasar las operaciones de prótesis de rodilla, cadera, hombro y en los tendones (epicondilitis, desgarros), fracturas óseas no consolidadas, úlceras y llagas, fascitis plantar.

No produce rechazo ni contagio, ya que las plaquetas ricas en plasma proceden del propio paciente.

Da poca inflamación.

Reduce la sensación de dolor, el sangrado, el tiempo de cicatrización, hematomas.

Aumenta la adherencia entre tejidos.

Asequible.

Corta duración para obtener y aplicar los PRP.

Favorece la cicatrización de tejidos.

Los PRP en la rodilla, cadera y otras extremidades dan muy buen resultado.

Queda demostrado que en las primeras 2-3 semanas se experimenta una mejora del dolor, aunque en el tratamiento de determinadas lesiones puede ser necesario realizar varias sesiones para conseguir resultados.

Recomendaciones tras la realización de la prueba:

- El paciente tendrá que guardar reposo de 24 a 48 horas de actividad deportiva o esfuerzos intensos.
- Aplicar hielo en la zona tratada después de la intervención, de 3 a 5 veces al día.

Ventajas importante que ofrece el uso de los factores de crecimiento:

- Forma natural de curación de las lesiones musculares y esqueléticas.
- Tratamiento con rápido procesamiento e implantación.

Se aplica cada vez más en diversas patologías del cuerpo humano.

La única complicación que puede darse es una infección en la zona de la infiltración, como en cualquier inyección pero eso sucede en contadas ocasiones.

Dependiendo de la dolencia, se realizaran más o menos infiltraciones. No puede haber más de 21 días de separación entre ellas. Si se trata de una lesión muscular o tendinosa, se van a realizar entre 3 y 5 infiltraciones. En artrosis, se realizaran entre 5 y 8 infiltraciones a lo largo del año, en función de cómo avance el dolor.

5 Discusión-Conclusión

Esta terapia regenerativa se usa cada vez más en diversas patologías del cuerpo humano, pero donde más se utiliza es en el apartado de enfermedades osteoarticulares y en Medicina Deportiva (lesiones).

Lesiones que se tratan con PPR:

- Roturas de fibras musculares y tendinosas.
- Debilidad o rotura de ligamentos, fracturas y cartilaginosas.

Efectos secundarios por la aplicación de PPR son mínimos en comparación a otras terapias para tratar la mismo.

Con la utilización de los factores de crecimiento ricos en plasma se demuestra la obtención de buenos resultados y con pocos efectos adversos, ya que se introduce la propia sangre del paciente.

Es una prueba rápida y que se hace forma ambulatoria y los pacientes pronto ya se encuentran mejor.

Por otro lado, les evita pasar por una cirugía y una prueba prácticamente indolora.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludmasdeporte.com/>.
2. <https://es.wikipedia.org/>.
3. <https://www.sabervivirtv.com/>.
4. <https://www.onblood.es/>.
5. <https://www.change.org/>.

Capítulo 186

VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) ¿CÓMO ACTUAR ANTE UN VSR? ¿ES CONTAGIOSO O PELIGROSO PARA NUESTRA POBLACIÓN MUNDIAL?

VIRGINIA AÑOVER ORTIZ

1 Introducción

Las siglas VSR quiere decir “Virus Sincicial Respiratorio”, expresión la cual significa que es uno de los virus existentes en nuestra sociedad, el cual causa enfermedades respiratorias, donde puede haber afecciones tanto en la nariz, garganta como en los pulmones.

El virus sincicial respiratorio es el virus más comúnmente diagnosticado en los niños pequeños o bebés, desde los dos años en adelante. Comúnmente ocurre en todas las edades, pero especialmente en las edades dictadas anteriormente.

Normalmente, el virus sincicial respiratorio causa más problemas en el sistema respiratorio, concretamente en los pulmones, cuyos síntomas más frecuentes son la coloración cutánea de color azul (falta de oxígeno, o cianosis), dificultad en la respiración, rápidas respiraciones, sibilancias.

Generalmente, dichos síntomas aparecen de dos a ocho días.

El virus sincicial respiratorio se extiende a través de gotitas de aire, causantes por la tos o estornudos, contraídas por personas que padecen el virus sincicial

respiratorio. Dicha extensión es más rápida en lugares resididos por persona y, sobre todo, en guarderías.

Además, el virus sincicial respiratorio es contagioso, pues es similar a un resfriado común. Mayoritariamente, las personas o bebés se contagian por medio de contacto directo con las personas de su alrededor, por suciedad en las manos o en superficies, como suelo, puerta o juguetes.

Respecto al tratamiento contra el virus sincicial respiratorio, no es recomendable usar antibióticos o broncodilatadores. Dependiendo del grado de la gravedad de infecciones, si estas son leves, no hace falta tratamiento.

En cambio, si las infecciones son graves, los pacientes serán hospitalizados, con un tratamiento necesitando oxígeno, aspiraciones de secreciones, y un respirador o ventilador para la aportación de oxígeno. Asimismo, el virus sincicial respiratorio puede llevar a cabo complicaciones como bronquiolitis, neumonía o insuficiencia pulmonar.

Finalmente, para prevenir el virus sincicial respiratorio es conveniente el lavado de manos, sobre todo antes coger a un bebé recién nacido. También existe la opción de la vacunación contra la gripe, la cual su puesta es todos los años. A su vez, es necesario evitar relacionarse con un bebé que tenga gripe o fiebre, y no fumar delante de un bebé ya que se eleva el riesgo de contraer la enfermedad.

2 Objetivos

Dar a conocer, a partir de un caso clínico, el virus sincicial respiratorio (VSR).

3 Caso clínico

Paciente de 2 años acude de madrugada a urgencias llevado por su madre por fuertes sibilancias o silbidos y dificultad al respirar. Al llegar a urgencias, el paciente pediátrico tenía 38'50C de fiebre y respiraciones muy rápidas.

Después, el paciente pediátrico junto a su madre, pasaron a consulta con el médico especialista donde éste le hizo un chequeo al pequeño, tomándole la temperatura, la tensión, y auscultándole con el fonendoscopio.

A su vez, la madre le contaba al médico especialista que el niño va a la guardería muy a menudo, de 9.30 a 14.00h y de 16.30 a 19.30h por motivos de trabajo de

ambos padres. Al comunicarle al médico lo anterior, éste sospechaba que el niño padecía alguna afección en los pulmones.

Por consiguiente, el médico especialista estableció la realización de pruebas específicas al niño, las cuales son un aspirado nasal, una muestra con bastoncillo y analítica de sangre. Al ser casi el cambio de turno para los sanitarios, tenían que esperar para los resultados un rato más.

Al salir los resultados de las pruebas, el médico especialista del turno de mañana estableció el diagnóstico, donde el niño posee el virus sincicial respiratorio (VSR). Por suerte, no es grave para el niño, pero necesita estar en observación en el hospital, por el motivo de hacer que la fiebre baje y se establezca.

Estando el niño en observación, se le administra un tratamiento, el cual es el suministro de oxígeno e hidratación. La recomendación del médico especialista fue que la administración de antibióticos o corticoides, solo es necesario en el caso de que el niño presente fiebre en el posterior periodo de tiempo.

Después de unas horas, al ver que el niño se encuentra mejor y no contiene fiebre, se le da de alta, con la condición de que siga el mismo tratamiento durante cinco días. Posteriormente a dichos días, se le realiza al niño una analítica para visualizar su evolución en cuanto al tratamiento.

Al día siguiente, el paciente de 2 años junto con su madre, acuden a consulta con el médico especialista, en este caso en la especialidad de neumología. Dicho médico especialista visualiza los resultados del paciente y establece que el niño ha mejorado satisfactoriamente.

Finalmente, el médico especialista le da como recomendación a la madre de que si el niño vuelve a sentir algún síntoma como falta de oxígeno, fiebre o sibilancias, tiene que acudir inmediatamente a urgencias, antes de que el niño empeore.

4 Discusión-Conclusión

Concluyendo con el virus sincicial respiratorio (VSR), decir que dicho virus afecta más a los niños pequeños que a los adultos, aunque los síntomas y su evolución son independientes de la edad.

Poseer el virus sincicial respiratorio (VSR) en nuestro organismo implica el riesgo de contraer enfermedades respiratorias donde puede afectar tanto a la nariz, gar-

ganta como a los pulmones.

El virus sincicial respiratorio (VSR) es problemático respecto a los pulmones, ya que provoca síntomas como coloración cutánea de color azul (falta de oxígeno, o cianosis), dificultad en la respiración, rápidas respiraciones, o sibilancias. Dichos síntomas aparecen en torno a 2-8 días. Se extiende a través de contacto directo por gotitas de aire siendo estornudos o tos, o por suciedad en las manos.

El virus sincicial respiratorio (VSR) es contagioso, por lo que hay que tener cuidado sobre todo con los bebés. No hay tratamiento existente para curar dicha enfermedad respiratoria, sólo es asequible la administración de oxígeno e hidratación. En el caso de contener fiebre, es necesario, primero acudir a urgencias y después la administración de antibióticos o corticoides, sólo en esos casos, ya que estos fármacos no curan la enfermedad.

Finalmente, es muy aconsejable, en cuanto a la población o a las personas que hayan pasado el virus sincicial respiratorio (VSR), la administración de la vacuna contra la gripe, una vez todos los años.

5 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001564.htm>.
2. <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/chest-lungs/Paginas/RSV-When-Its-More-Than-Just-a-Cold.aspx>.
3. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-virales-diversas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/infecciones-por-el-virus-sincicial-respiratorio-vsr-y-metaneumovirus-humano>.

Capítulo 187

LA RADIOEMBOLIZACIÓN

LAURA SALGADO MÉNDEZ

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

NOELIA CAMPO DE LAMO

1 Introducción

La embolización es un tratamiento de invasión mínima en el que los vasos sanguíneos o malformaciones dentro de los vasos sanguíneos son ocluidas o bloqueadas para prevenir el flujo de la sangre.

La radioterapia es el empleo de energía, llamada radiación ionizante, para matar células cancerosas y encoger tumores. A diferencia de la radioterapia externa (EBT), en la cual haces de rayos X de alta energía creados por una máquina son dirigidos al tumor desde afuera del cuerpo, la radioembolización consiste en colocar un material radioactivo dentro del cuerpo. Esta forma de tratamiento se llama radioterapia interna.

En la radioembolización, también llamada SIRT por las iniciales de Selective Internal Radiation Therapy, bolitas diminutas de vidrio o resina llamadas microesferas son colocadas dentro de los vasos sanguíneos que suministran alimento al tumor para bloquear el suministro de sangre a las células cancerosas. Una vez que estas microesferas están rellenas con el isótopo radioactivo itrio Y-90, se alojan en el sitio del tumor entregan una dosis alta de radiación al tumor y no a

los tejidos normales. Se utiliza para tratar determinados tipos de cáncer, principalmente cáncer de hígado. No se emplea cuando existe una disfunción severa del hígado o los riñones, coagulación de la sangre anormal o un bloqueo de los ductos biliares.

Para realizarlo se accede con cateterismo al vaso sanguíneo que lleva sangre al tumor y se administran microesferas que tienen el radionucleido Itrio I-90, que emite partículas beta. De esta forma se consiguen dos objetivos, por un lado se restringe la llegada de sangre a las células tumorales (embolización), y por otro lado se aplica una dosis a los tejidos malignos sin afectar al tejido sano.

El procedimiento se utiliza para disminuir el tamaño de tumores que no es posible extirpar mediante cirugía y puede mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se utiliza sobre todo en el tratamiento del cáncer de hígado.

La radioembolización no es una cura definitiva. Entre el 70 % y el 95 % de los pacientes notan mejoría, dependiendo del tipo de cáncer de hígado. La radioembolización puede mejorar las tasas de supervivencia.

2 Objetivos

Conocer lo que es la radioembolización.

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 tratamiento de un tumor hepático comienza con el empleo de imágenes de rayos X y un material de contraste para ver los vasos sanguíneos, el radiólogo de intervención introduce un catéter a través de la piel dentro de un vaso sanguíneo y lo desplaza hasta el lugar del tratamiento. Las microesferas rellenas con radiación, o bolitas de vidrio, son insertadas a través del catéter y movidas hasta los vasos sanguíneos que administran la sangre al tumor para su crecimiento.

Una vez que las microesferas se colocan en la zona del tumor, administran altas dosis de radiación directamente en las células cancerosas. Las microesferas bloquean el flujo de sangre al tumor, impidiendo que llegue a las células enfermas el oxígeno y los nutrientes para proliferar.

Hay dos vasos sanguíneos que llevan sangre al hígado. El tejido de hígado normal recibe el 75 % de su sangre de la vena porta y el 25% de la arteria hepática y sus ramificaciones. Cuando un tumor aumenta su tamaño en el hígado, recibe su suministro de sangre de la arteria hepática. Ya que las microesferas radioactivas se envían a través de la arteria hepática, llegan al tumor en forma directa mientras evitan dañar la mayor parte del tejido hepático sano.

La radiación del itrio-90 disminuye en dos semanas y desaparece después de un mes.

La radioembolización no se debe emplear en los casos donde haya una disfunción severa del hígado o los riñones, coagulación de la sangre anormal o un bloqueo de los ductos biliares. En algunos casos con disfunción hepática la radioembolización puede ser hecha en pequeñas cantidades y en varios procedimientos para probar y reducir al mínimo los efectos en el hígado normal.

5 Discusión-Conclusión

La radioembolización es una opción terapéutica en tumores hepáticos muy utilizada, pero con poca experiencia. Es un tratamiento, no una cura. Entre el 70 % al 95 % de los pacientes tendrán mejoría en el hígado y, dependiendo del tipo de cáncer de hígado, puede mejorar las tasas de vida. Varios estudios muestran que hasta un 95% de los pacientes con metástasis colorrectales y hasta un 97% de los pacientes con tumores neuroendocrinos se benefician.

En algunos pacientes con hepatocarcinoma que reciben radioembolización con fines paliativos tienen una mejora del estadio tumoral que les convierte en candidatos a cirugía de resección.

La investigación ayudará a mejorar la tecnología y las técnicas. Se necesita tener un mayor número de pacientes y un mayor tiempo de seguimiento para poder realizar un estudio estadístico para analizar las variables que pueden influir en la supervivencia administrando este tratamiento.

6 Bibliografía

1. Olmedo, J. M. M. (2017, enero 17). Radioembolización de las lesiones hepáticas malignas: Trasfondo, guías de mejora en la calidad y direcciones futuras. Cb-

seram.com. <https://cbseram.com/2017/01/17/radioembolizacion-de-las-lesiones-hepaticas-malignas-trasfondo-guias-de-mejora-en-la-calidad-y-direcciones-futuras/>.

2. Radiological Society of North America (RSNA), & American College of Radiology (ACR). (s/f). Radioembolización. Radiologyinfo.Org. Recuperado el 14 de junio de 2022, de <https://www.radiologyinfo.org/es/info/radioembol>.

3. Sánchez-Monge, M. (2015, febrero 24). La radioembolización aspira a la primera línea. Marca. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/2012/05/10/radioembolizacion-aspira-primera-linea-26865.html>.

4. Soria-Merino, M., Romero-Otero, M., Maestre-Cutillas, R., Carrero-Vásquez, V., Cánoves-Llombart, A., Alamán-Sánchez, C., & Rodríguez-Parra, H. (2020). Experiencia en el tratamiento de tumores hepáticos mediante radioembolización con 90Y-microesferas de resina. *Ars pharmaceutica* (Internet), 61(4), 239–244. <https://doi.org/10.30827/ars.v61i4.15642>.

Capítulo 188

TÉCNICO DE LABORATORIO Y SUS TÉCNICAS DE SIEMBRA PARA ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO

GEMA MARIA PRADO MORA

GRACIA MELLADO MOLINA

ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ

1 Introducción

La microbiología clínica tiene como principal objetivo la identificación del agente etiológico de una infección y determinar la susceptibilidad a determinados antibióticos.

Los microorganismos son seres vivos de tamaño muy pequeño que se son observables para el ojo humano, solo se pueden visualizar mediante microscopio, por lo que para el estudio es necesario obtener miles o millones de microorganismo. Estas poblaciones se obtienen mediante la siembra y posterior crecimiento de los microorganismos bajo condiciones más o menos bien definidas, como son los cultivos microbiológicos.

La microbiología clínica se basa en el estudio mediante distintas técnicas de la identificación del microorganismo causante de las distintas infecciones que

ocurre en nuestro organismo, así como de la determinación de la sensibilidad que pueden tener a los distintos antibióticos, para así dar al paciente el antibiótico más adecuado para eliminar la infección.

Los métodos basados en el cultivo en medio de cultivo siguen siendo los recomendados para el aislamiento, y posterior identificación y realización del antibiograma, los ejemplos de cultivos más utilizados y en que muestra se realizan son los siguientes:

- Cultivos de orina para infecciones del tracto urinario.
- Cultivos de heces para infecciones gastrointestinales.
- Cultivo de semen para infecciones de vías seminales.
- Cultivo de exudados faríngeos, nasales, etc, para infecciones de vías respiratorias altas.
- Cultivo de esputos para infecciones de vías respiratorias bajas.
- Cultivos de exudados para infecciones de heridas.
- Cultivo de líquidos estériles para las infecciones de órganos internos

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer qué es la microbiología clínica.

Objetivo secundario:

- Conocer qué tipos de siembra de muestras se utilizan en el servicio de microbiología clínica

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 métodos de siembras más comunes usados en el laboratorio de microbiología son los siguientes:

Siembras por dilución: se toma el tubo de ensayo con medio líquido, como el caldo simple. Se toma el material a diluir y se siembra en el tubo con el uso del asa cargada con el material bacteriológico, se agita, con movimientos moderados. El medio de cultivo usado es líquido y la finalidad: poner la bacteria en suspensión.

Siembras por estrías en superficie: se siembra el material en la superficie de el agar inclinado en un tubo de ensayo, allí se extiende por toda la superficie con el asa bacteriológico, previamente esteriliza y cargada con el material a sembrar, haciendo estrías no muy ampliadas, pero tampoco muy estrechas. Se inicia por la parte más profunda de la superficie inclinada y se termina la estría en la parte más cerca de la boca del tubo. Medio de cultivo: agar base inclinado.

Siembra por estría por agotamiento: es una de las más utilizadas en el laboratorio de microbiología, se siembra en tres partes, normalmente, aunque puede ser en más. Primero se hace una descarga de la muestra, después se gira la placa y se sigue sembrando, pero esta vez mas separado y se vuelve a girar la placa y ya esta vez con el asa se realiza un recorrido muy abierto para poder contar e identificar las colonias correctamente.

Por picadura o punción: esta vez la siembra se realiza en medios de cultivos sólidos en tubos de ensayo. Para llevarlo a cabo usamos asas de siembra rectas, es importante flamear el asa antes de la toma de muestra, y luego introducimos el asa hasta dos tercios de profundidad.

Siembra masiva: para llevar a cabo esta siembra se usa el asa de Driglaski. En este caso se deposita una gota de muestra líquida en el centro de la placa Petri, y se esparce con el asa por toda la superficie del medio de cultivo solido mediante un movimiento en espiral. También se puede realizar con un hisopo grueso embebido de un cultivo líquido, procedencia a su deslizamiento sobre toda la superficie de una placa de agar.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión cabe destacar la importancia que tiene el técnico de laboratorio en el análisis microbiológico y posterior identificación de las colonias con la supervisión del facultativo responsable. Es de gran importancia puesto que de su correcta siembra y su posterior análisis dependen de que un paciente con una infección la cure a tiempo, muchas veces es simplemente una infección aguda que no depende la vida del paciente, pero otras muchas como los hemogramas, si que puede, desde mi punto de vista, terminar con la vida del paciente si no se analiza a tiempo puesto que una infección en la sangre es muy grave.

6 Bibliografía

1. <https://labdemicrobiologia.wixsite.com/scientist-site/t-cnicas-y-tipos-desembrado>
<https://www.kapitalinteligente.es/cultivo-de-microorganismos/>.
2. Libro del grado superior de laboratorio clínico y biomédico de análisis microbiológico

Capítulo 189

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DE LA VITAMINA D

GEMA MARIA PRADO MORA

GRACIA MELLADO MOLINA

ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ

1 Introducción

La vitamina D ayuda al cuerpo a la absorción del calcio, que es fundamental para la composición de los huesos, así como también tiene un importante papel en el sistema nervioso, muscular e inmunitario.

Se puede obtener vitamina D a través de la piel, de la dieta o a través de suplementos. El cuerpo produce vitamina D de forma natural después de estar expuesto a la luz del sol, pero debido a los riesgos que entraña hoy día esta exposición, como el cáncer de piel y el envejecimiento de la piel, se buscan otras fuentes de vitamina D.

Se han establecido asociaciones epidemiológicas entre el déficit de vitamina D y determinadas neoplasias, diabetes, enfermedades autoinmunes y cardiovasculares, entre otras.

Hay dos tipos de vitamina D importantes para la nutrición: la vitamina D2 y la vitamina D3.

La principal fuente principal de vitamina D2 son los alimentos fortificados, como los cereales para el desayuno, la leche y otros productos lácteos.

El cuerpo produce vitamina D3 cuando estamos expuestos a la luz del sol, aunque también se encuentran en algunos alimentos, como los huevos y los pescados grasos como salmón, atún y caballa.

En el torrente sanguíneo, la vitamina D2 y la vitamina D3 se transforman en una forma de vitamina D llamada 25-hidroxivitamina D, también conocida como 25-OH vitamina D.

2 Objetivos

Exponer cuáles son los niveles adecuados de Vitamina D, así como las causas y consecuencias del déficit o exceso de esta vitamina.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los aspectos más relevantes en diferentes bases de datos como MedLine, SciElo, Cuiden Plus o ScieDirect.

Además de utilizar manuales técnicos de diferentes casas comerciales como Faes Farma.

Los descriptores más usados han sido: “Vitamina D” “Calcidiol” “Examen de 25-hidroxicolecalciferol” “25-OH-D”

4 Resultados

La vitamina D ayuda a controlar los niveles de calcio y fosfato en el cuerpo.

Los niveles de vitamina D se determinan en laboratorio a partir de una muestra sanguínea (pinchazo en el dedo o análisis de sangre). El examen de 25-hidroxivitamina D es la forma más exacta de medir cuánta vitamina D hay en el cuerpo. La medida normal de vitamina D se mide en nanogramos por mililitro (ng/mL). Se recomiendan un nivel entre 20 y 40 ng/mL. Aunque hay expertos que recomiendan un nivel entre 30 y 75 ng/mL., considerándose los niveles inferiores a 20 ng/ml patológicos.

Estos serían los valores normales, aunque los resultados pueden variar ligeramente entre los diferentes laboratorios, por utilizar medidas diferentes.

Las pruebas del laboratorio pueden medir diferentes tipos de vitamina D según su procedencia:

- 25-hidroxi vitamina D3 (colecalfiferol) es la vitamina D que fabrica su propio cuerpo o que fue absorbida de una fuente animal (como la grasa del pescado o el hígado) o un suplemento de colecalfiferol.
- 25-hidroxi vitamina D2 (ergocalciferol) es la vitamina D que es absorbida de los alimentos fortificados con vitamina D vegetal o de suplemento de ergocalciferol. Las dos hormonas (ergo- y colecalfiferol) tienen un funcionamiento similar en el cuerpo.

La ingesta recomendada de vitamina D depende del rango etario:

- Menores de 1 año: 400UI.
- Entre 1 año y 70 años: 600 UI.
- Mayores de 70 años: 800 UI.

Hay personas tienen mayor riesgo de deficiencia de vitamina D, por diversas causas:

- Bebés alimentados con leche materna, porque la leche humana no es una buena fuente de vitamina D. El bebé debe tomar un suplemento de 400 UI de vitamina D todos los días.
- Personas mayores, porque su piel no produce vitamina D cuando toman sol de manera tan eficiente como cuando eran jóvenes, y sus riñones tienen menor capacidad para convertir la vitamina D a su forma activa.
- Personas de piel oscura porque tienen menos capacidad de producir vitamina D del sol.
- Personas con trastornos como enfermedad de Crohn o celiaquía ya que no absorben suficiente cantidad de grasa y esta es necesaria para absorber la vitamina D.
- Personas con osteoporosis .
- Personas con enfermedad renal o hepática crónica.
- Personas con obesidad porque su grasa corporal se une a un poco de vitamina D y esto le impide entrar en la sangre.
- Personas que han sufrido cirugía de bypass gástrico
- Personas con hiperparatiroidismo, ya que tienen exceso de la hormona que controla el nivel de calcio del cuerpo
- Personas con sarcoidosis, tuberculosis, histoplasmosis u otra enfermedad granulomatosa
- Personas con determinados tipos de linfomas
- Personas que toman medicamentos que afectan el metabolismo de la vitamina D, como la colestiramina (fármaco contra el colesterol), medicamentos anticonvulsivos, glucocorticoides, medicamentos antimicóticos y medicamentos contra el VIH/SIDA

La deficiencia de vitamina D puede deberse a:

- Una falta de exposición a la luz solar, o piel con pigmentación más oscura o utilizar de forma continuada protección solar de alto valor SPF.
- Escasez de vitamina D en la dieta o deficiencias en su absorción a nivel intestinal.
- El uso de ciertos medicamentos, incluyendo fenitoína, fenobarbital y rifampina.

Un nivel bajo de vitamina D puede asociarse con un riesgo mayor de desarrollar cáncer.

Un nivel mayor de lo normal puede deberse a un exceso de vitamina D, una hipervitaminosis D o toxicidad por vitamina D y puede ser perjudicial. Generalmente es a causa de estar tomando demasiada vitamina D a través de suplementos, ya que la exposición al sol no causa intoxicación, porque el cuerpo limita la cantidad que produce. Los signos de toxicidad incluyen náuseas, vómitos, falta de apetito, estreñimiento, debilidad y pérdida de peso.

Demasiada vitamina D eleva el nivel del calcio y puede dar lugar a una hipercalcemia (exceso de calcio en el cuerpo) y ocasionar daños al riñón. La hipercalcemia puede causar confusión, desorientación y problemas de ritmo cardíaco.

5 Discusión-Conclusión

La vitamina D es fundamental en un gran número de funciones en el cuerpo tanto musculoesqueléticas, como renales, intestinales, etc. Por lo tanto, es recomendable conocer los niveles en sangre, en casos donde puedan darse dificultades en su ingestión, absorción y metabolización.

Es recomendable realizar estas pruebas a personas que tengan alto riesgo de deficiencias de vitamina D, como mayores de 65 años, personas obesas, personas que están tomando ciertos medicamentos como la fenitoína, personas que sufren osteoporosis, o que tienen una limitada exposición al sol, así como personas con enfermedades relacionadas con la mala absorción intestinal (colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn o enfermedad celíaca).

6 Bibliografía

1. Reyes-García, R. ; García-Martín, A. ; Varsavsky, M. ; Rozas-Moreno, P. ; Cortés-Berdonces, M. ; Luque-Fernández, I. ; Gómez Sáez, J. M. ; Vidal Casariego, A. ; Romero Muñoz, M. ; Guadalix Iglesias, S. ; Fernández García, D. ; Jódar Gimeno, E. ; Muñoz Torres, M. Actualización de las recomendaciones para la evaluación y tratamiento de la osteoporosis asociada a enfermedades endocrinas y nutricionales. Grupo de trabajo de osteoporosis y metabolismo mineral de la SEEN.

Endocrinología y Nutrición 2015;62(5): e47-e56

2. Ficha Técnica Hidroferol®, (Marzo 2013). AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios); [Http://www.aemps.gob.es/](http://www.aemps.gob.es/).

3. Jódar Gimero E. et al. Recomendaciones sobre cómo administrar vitamina D. Guías internacionales y nacionales. Rev. Osteoporos. Metab. Miner. 2014; 6 (1):S19-

4. Gómez de Tejada Romero, M. J., Sosa Henríquez, M., del Pino Montes, J., Jódar Gimeno, E., Quesada Gómez, J. M., Cancelo Hidalgo, M. J., ... & Navarro Ceballos, C. et al. Documento de posición sobre las necesidades y niveles óptimos de vitamina D. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM) y Sociedades afines. Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral, 2011; 3 (1), 53-64

Capítulo 190

TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ANÁLISIS EN LABORATORIO DE LA INFERTILIDAD MASCULINA

GEMA MARIA PRADO MORA

GRACIA MELLADO MOLINA

ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ

1 Introducción

Existen varias pruebas de laboratorio referentes a la fertilidad masculina que generalmente se realizan a un hombre cuando la pareja lleva un año o más buscando un embarazo.

El estudio más común es el seminograma o espermiograma que consiste en analizar la calidad del semen. Sin embargo, otros estudios como el test hormonal, el cariotipo y el análisis de hibridación “in situ” fluorescente (FISH, por sus siglas en inglés) ayudan a conocer las causas de la infertilidad y, como consecuencia, encontrar el tratamiento más adecuado.

Para la realización de estas pruebas se necesitará una muestra de semen, una extracción de sangre o, incluso, una biopsia testicular. En el caso del seminograma

es muy importante que la muestra sea tomada por el paciente siguiendo detalladamente las indicaciones para que sea válida para su análisis. En general, es imprescindible una abstinencia de entre 2 y 7 días, que se recoja la totalidad del volumen eyaculado en un recipiente estéril y que se lleve al laboratorio antes de que pase una hora de su intención. No se podrán analizar muestras que estén derramadas o incompletas.

En el caso de estudios que se llevan a cabo mediante análisis de sangre se tendrá en cuenta la historia clínica del paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Presentar algunos de los estudios que se pueden realizar en un laboratorio a varones por problemas de infertilidad.

Objetivo secundario:

- Explicar los parámetros de laboratorio en el seminograma como prueba frecuente de fertilidad masculina

3 Metodología

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

4 Resultados

El seminograma es el análisis básico del eyaculado que debe realizarse con una muestra fresca y en el que se valorará su volumen, su pH, su densidad, el número de espermatozoides móviles y su morfología, y también la cantidad de leucocitos presentes.

En 2010, la Organización Mundial de la Salud publicó un manual donde se indican los valores normales en los parámetros básicos del semen. Según esos valores un seminograma normal debe tener un pH de entre 7,2 y 8; el volumen con valores por encima de 1,5 ml; una concentración superior a 15 millones de espermatozoides por cada ml de esperma; la cantidad de espermatozoides debe ser de

39 millones por eyaculación como mínimo; los espermatozoides móviles progresivos deben superar el 32%; el 4% de espermatozoides debe tener una morfología normal y el 58% deben estar vivos; y debe tener menos de un millón de leucocitos por cada mililitro de semen.

Las anomalías que pueden demostrarse mediante el seminograma son: hipospermia, cuando la cantidad de semen es menor a 1,5 ml; azoospermia, es decir, la ausencia de espermatozoides; oligozoospermia, menos de 39 millones de espermatozoides en el eyaculado; astenozoospermia, cuando los espermatozoides con movilidad progresiva son menos del 32%; teratozoospermia, con más de un 4 % de los espermatozoides morfológicamente anómalos; necrozoospermia, cuando más de un 42% de los espermatozoides no están vivos; y leucospermia, cuando se hallan más de un millón de leucocitos por mililitro, que suele indicar una infección.

Se recomienda que este análisis se realice más de una vez con una diferencia de aproximadamente dos meses para confirmar el diagnóstico, ya que la producción de espermatozoides puede ser alterada por diferentes factores como infecciones, tabaco, calor, entre otros.

El análisis hormonal suele indicarse ante un seminograma anómalo para determinar las causas de sus parámetros. La testosterona, la hormona folículo estimulante, la hormona luteinizante o la prolactina pueden alterar la calidad y cantidad de espermatozoides.

El estudio del cariotipo se realiza mediante análisis de sangre y consiste en analizar si existe alguna alteración, numérica o estructural, que pueda causar la infertilidad.

5 Discusión-Conclusión

Si bien existen diferentes estudios que se llevan a cabo en el laboratorio para definir el tratamiento que debe seguir el varón en caso de infertilidad, el seminograma es el primer estudio que se realiza. Se considera que un seminograma es normal cuando los parámetros coinciden con los valores definidos por la Organización Mundial de la Salud en 2010.

Respecto al seminograma, es fundamental que el paciente siga las instrucciones atentamente para la toma de la muestra y que la muestra sea analizada en tiempo y forma para que no pierda su calidad y, de esta manera, evitar resultados erróneos.

6 Bibliografía

1. Pruebas de fertilidad en el hombre: ¿cuáles son y en qué consisten? [Internet] [citado el 5 de mayo de 2021] Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/pruebas-en-la-infertilidad-masculina/>
2. ¿Qué es un seminograma y un espermiograma?

Capítulo 191

DESGASTE EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

MARIA DEL CARMEN MARIÑO BARROS

MIRIAM COTO BEGEGA

MARÍA DEL ROSARIO GONZALEZ CELORIO

VANESA GALAN CARRANDI

LAURA CASTRILLO LHOSTE

1 Introducción

El síndrome de agotamiento profesional o burnout fue descrito por primera vez el psicoanalista Herbert J. Freudenberg en 1973. Su traducción al castellano significa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, exhausto”.

Se observó, que después de un cierto tiempo se producían unos cambios, en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, asistentes sociales, enfermeros, dentistas, médicos, etc.), en los cuáles estos profesionales perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes. Estos cambios se observaron principalmente en los profesionales de servicios o de ayuda cuya actividad va dirigida a otras personas.

Este investigador describe este síndrome como un conjunto de síntomas físicos, psicológicos y sociales, que se desarrollan en la actividad laboral como consecuencia de una demanda excesiva de energía.

La frecuencia de esta condición, cada vez más creciente, en los trabajadores de los servicios de salud, hizo que en los años ochenta se desarrollaran múltiples estudios sobre el tema del desgaste profesional. Uno de los principales investigadores ha sido C. Maslach (1976), quien lo dio a conocer en el congreso de la Asociación de Psicología Americana, y quien desarrollo un instrumento de valoración como el Maslach Burnout Inventory que mide tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

En este congreso se definió al desgaste profesional o burnout como “una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.” El síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional aparece ante una respuesta continuada al estrés laboral y puede afectar a la salud física y mental, así como las relaciones sociales de los trabajadores que lo padecen. Se observo en los profesionales afectados un cierto cansancio físico y emocional, tensión, ansiedad y limitación en las relaciones personales en el ámbito laboral con una disminución de la eficacia y la eficiencia, absentismo y disminución de la calidad asistencial cuando se trata de personal sanitario. Muchos de los síntomas pertenecen a categorías psicopatológicas claras, como depresión, ansiedad, trastornos adaptativos o de personalidad. Esta respuesta negativa ocurre con más intensidad y frecuencia en los trabajadores de la salud por la relación profesional paciente y por la relación profesional-organización. Pero también debemos completar esta descripción haciendo referencia también al contexto económico, social y laboral en el cual surge.

2 Objetivos

El objetivo principal de nuestro estudio es hacer una revisión bibliográfica para estudiar las causas del síndrome de desgaste profesional en los trabajadores de la salud, y valorar su relación con los factores personales y ambientales.

3 Metodología

Para responder a nuestro objetivo hemos realizado una búsqueda documental bibliográfica de artículos y estudios relacionados con el burnout en el personal sanitario y sus consecuencias.

Nuestra búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos de páginas científicas especializadas como Pubmed, Medline, Cochrane, etc., y en revistas científicas

como Nature, Science, Med Segur Trab, etc.

Nuestra búsqueda documental se realizó entre los meses de septiembre 2019 y febrero 2020, y los límites admitidos para las publicaciones han sido desde el año 2000 y el año 2020.

Las palabras claves o descriptores utilizados han sido: burnout, personal sanitario, desgaste profesional.

En una primera localización se identificaron 26 trabajos relacionados con nuestro objetivo. De estos se eliminaron 5 por duplicidad, y al resto de los trabajos seleccionados se les aplicaron los criterios de inclusión/selección.

Los criterios de inclusión han sido ser trabajo de acceso a texto completo, en lengua castellana, que aporte datos científicos a nuestra investigación.

Los criterios de exclusión fueron trabajos no relacionados con el sector sanitario, no aportar datos valorables, ser artículos de editoriales, no ser en lengua castellana.

4 Resultados

Este síndrome de desgaste profesional o burnout es un tipo muy específico de estrés laboral, padecido por aquellos trabajadores, que, en su voluntad por adaptarse y responder a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio.

El síndrome del desgaste profesional es considerado como un proceso multicausal y muy complejo, para el cual se pueden identificar varias y diferentes causas, entre las cuales podemos destacar la sobrecarga de trabajo, la falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento, pobres condiciones económicas, etc., pero, sobre todo estrés.

Este síndrome es un proceso insidioso, no es de aparición súbita, sino que aparece de forma lenta, paulatina, incluso con un incremento de la severidad. Puede ser un proceso cíclico, es decir que una persona puede experimentar varias veces en diferentes momentos de su vida y en el mismo u otro trabajo.

Los tres componentes que principalmente se presentan en este síndrome de desgaste son: el cansancio emocional o agotamiento emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal. El cansancio emocional surge a consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes, y se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, la fatiga, etc. la despersonalización es el núcleo del burnout, es la consecuencia del fracaso de la

fase anterior y de la defensa construida por el trabajador para protegerse frente a los sentimientos de impotencia y desesperanza personal. La tercera fase es el abandono de la realización personal, que aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Se pueden describir hasta cuatro niveles clínicos de burnout: el nivel leve (quejas, cansancio, dificultades para levantarse por la mañana, etc.), un nivel moderado (aislamiento, negativismo, suspicacia, etc.), el tercer nivel es el nivel grave (enlentecimiento, automedicación, ausentismo, abuso de alcohol o drogas, etc.), y un nivel extremo (Cuadros psiquiátricos, colapso, suicidio, etc.).

La sintomatología se pueden distinguir varios componentes: signos y síntomas físicos, signos y síntomas psíquicos y síntomas laborales. Los físicos hacen referencia a cefaleas, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados, etc. Los signos psíquicos se relacionan con falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, irritabilidad, impaciencia, depresión, frustración, etc. Y finalmente los síntomas laborales como la sobreinvolucración, no compartir ni delegar trabajo, ausentismo laboral, etc.

Las principales componentes o factores, que en nuestro trabajo hemos identificado como posibles causas de aparición del síndrome de desgaste profesional son: factores ambientales, factores sociales, una inadecuada formación profesional, unos componentes personales. todos estos componentes colaboran, tanto de forma de directa como indirecta, aunque ninguno es la causa única, sino que es un conjunto de factores los que favorecen la aparición del burnout en el profesional de la salud.

Entre los componentes personales premórbidos que aumentan la susceptibilidad personal, podemos encontrar la edad (que se relaciona con la experiencia), el sexo (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo), las variables familiares (la armonía y la estabilidad familia conservan el equilibrio necesario para enfrentarse a situaciones conflictivas y difíciles), la personalidad (las personalidades de tipo A, que son extremadamente competitivas, impacientes, exigentes...suelen ser personalidades que favorecen a la aparición del burnout).

La inadecuada formación profesional es una gran responsable de la aparición del síndrome del desgaste profesional. Un exceso de formación en conocimientos teóricos, y un escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo, etc., todos estos componentes son muy negativos y favorecen la presentación del síndrome en el trabajador sanitario.

Otros factores muy negativos son los factores laborales o profesionales, con condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, etc. Las relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores, excesiva presión y control, etc. son factores facilitadores de la aparición del burnout.

Los factores sociales como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico, etc. son también muy negativos.

Factores ambientales como cambios significativos de la vida como muerte de familiares, matrimonios, divorcio, etc. son muy influyentes en el sufrimiento de una crisis con la del burnout.

Varios autores de nuestra revisión documental identifican los factores desencadenantes del síndrome del burnout de la siguiente manera: la falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo, el exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales, la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes, la ambigüedad en el rol, la falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo, la falta de justicia o equidad organizacional, las relaciones tensas con los usuarios de la organización, los impedimentos por parte de la organización para que pueda desarrollar su trabajo, la falta de participación en la toma de decisiones, la imposibilidad de ascender en el trabajo, relaciones conflictivas con compañeros, etc. todos factores podrían agrupar en tres áreas claras: el área referida a la propia tarea referida a aspectos técnicos del rol profesional, el área de relaciones interpersonales reflejando la habilidad para trabajar con otros, y el área organizacional referida a grado de influencia social.

Muchos estudios se volcaron en buscar una prevención del síndrome de burnout, y en nuestra revisión bibliográfica hemos identificados los siguientes argumentos. Se pueden abordar desde una triple perspectiva. Primeramente, desde el trabajo personal: tendremos que tener un proceso adaptativo entre nuestras expectativas y la realidad que se nos impone, también deberemos equilibrar los objetivos de una organización sin renunciar a los más valiosos de nuestra profesión: los valores humanos. Otra perspectiva es el equipo humano, los compañeros de trabajo tienen un papel vital en el burnout, porque muchas veces son los primeros en darse cuenta antes que el propio interesado. Y finalmente debemos tener en cuenta la organización del trabajo en la que demos valorar y manejar tres conceptos clave como son la formación, la organización y el tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de la salud sufren un alto nivel de desgaste profesional. Las principales causas de este desgaste suelen ser causas debidas a la organización laboral y a la relación con sus compañeros.

El síndrome del desgaste profesional es considerado como un proceso multicausal y muy complejo, para el cual se pueden identificar varias y diferentes causas, entre las cuales podemos destacar la sobrecarga de trabajo, la falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento, pobres condiciones económicas, etc., pero, sobre todo estrés.

Entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de desgaste profesionales. se les asocia un alto nivel de cansancio emocional, a partir del cual surge un creciente consumo de tranquilizantes o antidrepeivos, mientras que el optimismo y la satisfacción personal, muestran una asociación inversa. Puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud, si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, también enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones negativas en contradas con uno mismo o con las diversas personas (directivos, colegas, personal de enfermería, familiares amigos, etc.) que tratan diariamente para poder afrontar de forma efectiva el agotamiento profesional tanto físico como psíquico. La sintomatología se pueden distinguir varios componentes: signos y síntomas físicos, signos y síntomas psíquicos y síntomas laborales. Los físicos hacen referencia a cefaleas, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados, etc. Los signos psíquicos se relacionan con falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, irritabilidad, impaciencia, depresión, frustración, etc. Y finalmente los síntomas laborales como la sobreinvolucración, no compartir ni delegar trabajo, ausentismo laboral, etc.

Los años de profesión, el optimismo, valorar como útil el trabajo, y percibir que se es valorado por los demás se asocian inversamente con un alto nivel de despersonalización. La baja realización personal se relaciona con inversamente con el optimismo, la valoración de utilidad en el trabajo y el equipo de trabajo.

Nuestra conclusión es que sería recomendable mejorar el clima de trabajo y potenciar el optimismo y la autoestima individual, para disminuir el desgaste profesional entre los trabajadores de la salud.

6 Bibliografía

- Gaynés, E., Giménez, M., y Portell, M. (2004). El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. *Arch Prev Riesgos Labor*, 7(3), 101-108.
- Giraldo Giraldo, Y., López Gómez, B., Arango David, L., Goetz Henao, F., y Silva, E. (2013). Estrés laboral en auxiliares de enfermería. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*.vol.45, nº 1, 23-31.
- Gomero Cuadra, R., Palomino Baldeón, J., Ruiz Gutiérrez, F. y Llap Yesán, C. (2005). El síndrome de burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera South Perú Copper Corporation: estudio piloto. *Rev Med Hered*, 16(4), 233.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2207). *Rev Esp Salud Pública*, 83, 215-230.
- Grau, A., Suñer, R., y García, M.M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.*, 19(6), 463-470.
- Herrera Covarrubias, D., Coria Ávila, G.A., Muñoz-Zavaleta, D.A., Graillet Mora, O., Aranda Abreu, G., Rojas Durán, F., Hernández, M.E., y Nafissa, I. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Revista de Neurobiología*, 8(17), 1-23.
- Moreno Jiménez, B., y Peñacoba, C. (2017). Estrés asistencial en los servicios de salud. *Psicología de la Salud*, 739-764.
- Ortega Ruiz, C., y López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol.4, nº1, 137-160.
- Sos Tena, J., Sobrequés Soriano, J., Segura Bernal, J., Manzano Mulet, E., Rodríguez Muñoz, C., García García, M., y Cebriá, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam*, vol.12, nº.10, 613-619.
- Thomaé, M.N.V., Ayala, E.A., Sphan, M.S., y Stortti, M.A. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina*. Nº 153.

Capítulo 192

PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

MARINA RODRÍGUEZ URÍA

1 Introducción

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Riesgo laboral es cualquier situación que tiene el potencial de poner en peligro el desarrollo de una actividad laboral. Es cualquier cosa que pueda causar un accidente o una pérdida que resulte en daño o daño físico y/o psicológico.

Prevención significa el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de las operaciones de la empresa para evitar o reducir los riesgos que presenta el trabajo.

“Riesgo laboral” significa la posibilidad de que un trabajador sufra algún daño causado por el trabajo. Para determinar el riesgo desde el punto de vista de su severidad, se evaluará colectivamente la probabilidad de ocurrencia del daño y su severidad.

Las enfermedades, dolencias o lesiones causadas por o en el curso del trabajo se considerarán “daños laborales”.

Se entiende por “riesgo laboral grave e inminente” todo riesgo razonablemente previsible que pueda causar daños graves a la salud del trabajador.

Debe entenderse por “condiciones de trabajo” cualquier característica del mismo que pueda tener un efecto significativo en la creación de riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores.

Equipo de protección personal: equipo destinado a ser usado o sostenido por los trabajadores para protegerlos de uno o más peligros que podrían amenazar su seguridad o salud en el lugar de trabajo.

2 Objetivos

Prevenir ó disminuir en todo lo posible los accidentes que puedan ser ocasionados en los centros de trabajo tanto físicos como mentales.

3 Metodología

Para la elaboración de esta comunicación, he llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliografica sobra la prevención de riesgos laborales,realizando la búsqueda sistemática en libros , revistas y se han consultado artículos en las principañes bases de datos del Ministerio de Trabajo.

4 Resultados

Todo trabajo es una actividad que puede generar riesgo laboral independientemente de la función que desempeñe. Por eso, tanto los empleados y superiores en toda empresa deben conocer que en todo puesto de trabajo puede existir un alto impacto de sufrir riesgos laborales, como por ejemplo un accidente de trabajo o un percance si no se tienen en cuenta los protocolos.

Los tipos de riesgos laborales que existen y los diferentes clasificación de los peligros laborales más importantes son:

- Riesgo químico
- Riesgo físico
- Riesgo biológico
- Riesgo psicosocial
- Riesgo ambiental
- Riesgo mecánico

Otros tipos son:

- Riesgos Graves: Son aquellos que pueden ocasionar daños graves a las personas.
- Riesgos Leves: Son aquellos que pueden ocasionar daños leves a las personas.
- Riesgos Inherentes: Son aquellos que están presentes en todo tipo de trabajo y que no pueden ser eliminados.
- Riesgos Externos: Son aquellos que no están presentes en todo tipo de trabajo.

Para prevenir los riesgos laborales en el centro de trabajo , se deben tomar las medidas de seguridad adecuadas para proteger a los trabajadores de lesiones y enfermedades, como proporcionando equipos de trabajo, capacitación y formación, llevar a cabo y hacer cumplir las normas de seguridad, supervisión e investigación de accidentes y enfermedades laborales. la vigilancia de la seguridad debe de ser,

garantizada, específica ,voluntaria , confidencial,ética, prolongada en el tiempo y contenido ajustado.

En los centros de trabajo tiene que haber un plan de riesgos laborales adaptado a la actividad y tamaño de la empresa en el cual se integra la actividad preventiva de la empresa en su sistema general de gestión y se establece su política de prevención de riesgos laborales.

El plan de prevención debe conservarse a disposición de la inspección de trabajo, la autoridad laboral, las autoridades sanitarias, de los representantes de los trabajadores .

5 Discusión-Conclusión

El trabajo inevitablemente produce efectos sobre la salud humana.

Conocer los posibles daños e integrarlos en una cultura de seguridad arraigada es esencial para generar conciencia. Las empresas tienen la responsabilidad de establecer una prevención de riesgos eficaz para proteger a los trabajadores, y los propios trabajadores tienen la responsabilidad de conocer el entorno en el que se encuentran. que está trabajando duro para hacerlo de la manera más segura posible.

El trabajador si en todo momento conoce los peligros con los que trabaja siempre está má alerta para evitar errores , muchas veces por desconocimiento , poniendo en peligro su salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 193

BIOMARCADORES PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN/SEPSIS

LIDIA ALAEZ ALVAREZ

MARTA MARÍA RECIO GARCÍA

SARA CARRERA QUIROGA

MARÍA TERESA GONZALEZ NUÑEZ

FÁTIMA ARTIME GARCÍA

1 Introducción

La sepsis o septicemia es uno de los factores más importantes de fallecimiento en los pacientes hospitalizados en todos los servicios y áreas (UCI, urgencias, etc.). Cuanto más precoz y específicamente se detecte una infección por bacterias, hongos o virus, mejor se ajustará la administración de un tratamiento adecuado y, por tanto, más posibilidades tendrá el paciente de sobrevivir.

La infección se define como aquel proceso patológico causado por la invasión de organismos patógenos de tejidos, cavidades o fluidos que en condiciones normales se mantienen estériles.

Se utilizan 3 tipos de datos para reconocerla:

- Sintomatología del huésped: fiebre e incremento (ascenso o disminución) de ciertos biomarcadores relacionados con la inflamación (PCR y PCT).
 - Indicios de infección (disuria, infiltrados o ruidos anómalos en los pulmones).
- Se detectan utilizando pruebas no clínicas (reconocimiento o entrevista médica,

placas de tórax y otras técnicas de imagen, observación de turbidez en orina, referencias del paciente...)

-Técnicas microbiológicas (cultivos, tinciones, etc....) que descubren al agente patógeno.

Sin embargo, estas técnicas se revelan insuficientes, debido a factores como la edad, estado de inmunodepresión, toma de antibióticos previa, o el excesivo tiempo de espera, haciendo necesario el uso de otras técnicas más ágiles para el diagnóstico precoz.

Para ello, se utilizan en la práctica clínica distintos tipos de biomarcadores, que, puestos de manifiesto con un sencillo análisis del suero del paciente, nos pueden orientar en el diagnóstico y terapia más idóneos y con mayor rapidez.

2 Objetivos

-Establecer una definición actualizada del concepto de Sepsis.

- Realizar una recopilación de los más actuales biomarcadores frecuentemente utilizados en el laboratorio de diagnóstico de las infecciones, a saber: Citoquinas, PCR y PCT, la LBP (proteína fijadora de liposacáridos), Fracción soluble del antígeno CD14, la presepsina, la expresión de CD64 en neutrófilos, biomarcadores relacionados con la activación endotelial y la vasodilatación y, por último, la concentración de lactato.

-Dar a conocer otros marcadores emergentes que podrían estar en uso en un futuro próximo en la práctica clínica a tales efectos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica relacionada, utilizando las bases de datos de Scielo y Elsevier y escogiendo varios artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Para ello, las palabras clave que se utilizaron en la búsqueda fueron: “Biomarcadores”, “Sepsis” e “Inflamación”.

Se consultó la página de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE LABORATORIO.

Además, se contrastó información en protocolos de trabajo de distintos laboratorios de Bioquímica y Serología en el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4 Resultados

Algunas de las limitaciones de los biomarcadores utilizados en el diagnóstico de la sepsis, son:

Citoquinas: tienen una vida útil corta y se elevan en otros procesos no infecciosos. La más útil es la IL-6 en el neonato.

Proteína C reactiva: su problema es que reacciona a cualquier daño tisular y varía mucho con el sexo y la edad. Por otro lado, el hígado la sigue produciendo días después de la remisión del proceso séptico.

PCT: Muy inespecífica, se puede elevar en condiciones no infecciosas como quemaduras, traumatismos, tumores, incluso en neonatos en condiciones fisiológicas. Su valor pronóstico es moderado.

LBP: escaso valor predictivo. No es un marcador útil, aunque cuente con un método de medida automatizado.

Antígeno de diferenciación CD14: Posee una fracción soluble en el plasma llamada Presepsina, que presenta un buen rendimiento para el diagnóstico de la sepsis, aunque todavía se encuentra en estudio.

Receptor CD64 en Neutrófilos: es estable en sangre y se limita al tiempo que se mantiene el estímulo. Su limitación es la necesidad de un citómetro de flujo para su determinación.

Strem1: receptor de superficie en células mieloides. Limitada en ancianos e inmunodeprimidos.

Endocan: biomarcador de activación endotelial. Glicoproteína que se corresponde con la gravedad de la sepsis, es buen predictor de disfunción multiorgánica en la sepsis.

Concentración de lactato en sangre: buen marcador de hipoxia tisular, aunque no es unánime su valor predictor de mortalidad.

Finalmente, se contempla la posibilidad de combinar biomarcadores que traten de paliar las dificultades en la respuesta del paciente. Esto debería tener la ventaja de mejorar el pronóstico y la especificidad en el diagnóstico. Y así, probando varios biomarcadores al mismo tiempo, se ha demostrado que aumenta la sensibilidad del método.

5 Discusión-Conclusión

En este estudio, se repasan los biomarcadores más utilizados en clínica (PCT y PCR), así como otros llamados “emergentes” (presepsina, LBP), que podrían incorporarse ya próximamente a la analítica de rutina.

Tenemos a nuestra disposición una amplia gama de biomarcadores que se utilizan en el diagnóstico de la patología infecciosa; no obstante, ninguno de ellos se puede considerar como una herramienta ideal debido a sus limitaciones, a su escaso tiempo de vida útil y a su inespecificidad, ya que están elevadas también en procesos no infecciosos, y por ello la búsqueda de nuevos marcadores es un área de investigación en auge.

Seguramente, debido a las diferentes respuestas del organismo frente a la infección, el planteamiento sea la combinación de varios biomarcadores diferentes.

A futuro, es interesante los análisis basados en la reacción en cadena de la polimerasa o el MALDI-TOF, microarrays o la concentración de DNA circulante o incluso el estudio de polimorfismos genéticos, por su rapidez y especificidad.

Capítulo 194

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) Y LAS IMÁGENES DE CALIDAD RADIOLÓGICAS

MIGUEL VARELA SANCHEZ

ANA MARÍA CARBAJAL PRIETO

LAURA GONZÁLEZ ARBOLEYA

ANDREA GONZÁLEZ DE LA RIVA

1 Introducción

Cuando trabajamos en el servicio central de un hospital, como el servicio de radiodiagnóstico, tenemos que pensar en lo que se espera de nosotros, así que ten siempre presente esta premisa. En cuanto a los tecnólogos de diagnóstico por imagen, la expectativa de nuestro equipo es que grabemos imágenes médicas con la mayor calidad diagnóstica posible sin olvidar en ningún momento la protección radiológica del paciente, ya que utilizamos radiación ionizante, que afecta a la materia viva.

Cuando queremos obtener una imagen de alta calidad, debemos tener en cuenta 3 premisas básicas, debe tener un buen contraste, debe tener suficiente resolución espacial y un valor de ruido aceptable. Estos dos factores deben ir de la mano.

El tipo de imagen de calidad que use el médico dependerá de los síntomas y de la parte del cuerpo que debe examinarse. Los tipos de Imágenes radiológicas son las siguientes:

- Rayos X
- Tomografías computarizadas
- Estudios de medicina nuclear
- Imágenes por resonancia magnética
- Ecografías

Las pruebas radiológicas de diagnóstico son un método para determinar el diagnóstico de un paciente que se basa en pruebas de imagen con o sin radiación ionizante. Este tipo de diagnóstico se utiliza a menudo.

2 Objetivos

Saber obtener e identificar una buena calidad de imagen para poder realizar un buen diagnóstico para el tratamiento del paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como scielo, pubmed y se han buscado artículos sobre imágenes de calidad en las radiografías y se han utilizado palabras clave como: radiografía, imágenes, ecografía, técnico de rayos, etc.

4 Resultados

Muchas pruebas de imagen son indoloras y fáciles de realizar. Algunos requieren que permanezca inmóvil dentro del dispositivo durante largos períodos de tiempo. Esto puede ser incómodo. Algunas pruebas pueden incluir dosis bajas de radiación.

En algunas pruebas de imágenes, se inserta en su cuerpo una cámara diminuta conectada a un tubo delgado. Esta herramienta se llama tubo visor. Los médicos lo mueven a través de pasajes o aberturas en el cuerpo para ver el interior de órganos específicos, como el corazón, los pulmones o el colon. Estos procedimientos generalmente requieren anestesia.

Tipos de pruebas:

Radiografía:

Es un método de diagnóstico que consiste en tomar imágenes de organismos vivos con un equipo de rayos X. Es la prueba más fácil de interpretar por el sanitario o técnico que la realiza. Entre ellos, el tejido óseo es el objeto de investigación. En las radiografías se pueden encontrar fracturas, grietas, dislocaciones, daños en el cartílago e incluso ciertos tipos de tumores óseos. Habitualmente, es la prueba estrella en todos los hospitales y centros de salud ante cualquier traumatismo.

Ecografía (ECO)

Es una prueba diagnóstica que utiliza ultrasonido para crear imágenes 2D y 3D en tiempo real. A través de una herramienta similar a un micrófono, llamada transductor, el especialista explora áreas problemáticas y obtiene imágenes de tejido potencialmente lesionado, incluso en movimiento. La realización de esta prueba es muy sencilla y no invasiva. Y muy cómodo para el paciente. Sin embargo, sus resultados se limitaron a la exploración en tiempo real, ya que las imágenes post-hoc proporcionadas finalmente no serían concluyentes en otra área específica de la lesión.

Tomografía Axial Computarizada (TAC)

Técnica radiológica que proporciona imágenes transversales de una parte del cuerpo. Una serie de imágenes transversales enfocadas a diferentes profundidades pueden detallar los contornos de las partes del cuerpo que pueden estar ocultas por otras estructuras en la película RX, lo que da como resultado imágenes de mayor calidad que la RX simple.

Resonancia Magnética (RM)

Prueba de diagnóstico simple e indolora que muestra la forma del cuerpo. Las imágenes de alta resolución se obtienen estimulando organismos creados por potentes imanes y emitiendo ondas de radio.

Mamografía

Es una radiografía de mama y es la mejor prueba diagnóstica para la detección precoz del cáncer de mama. Esta es una técnica no invasiva que consiste en tomar imágenes del interior del seno con rayos X de muy baja radiación.

Gammagrafías

Son pruebas de medicina nuclear diseñadas para diagnosticar o estudiar diversas enfermedades. La gammagrafía consiste en la inyección de un marcador radiactivo, también llamado marcador, que tiende a asentarse en algún lugar de nuestro cuerpo dependiendo del marcador utilizado o simplemente cuando hay una enfermedad. Dependiendo de si el radiotrazador es capturado y absorbido en un área, una enfermedad específica puede o no ser detectada.

Densitometría

Se utiliza para determinar la densidad del hueso, realizar una dosis muy baja de rayos X, calcular la diferencia entre la radiación emitida y la radiación recibida por un detector ubicado detrás del cuerpo del paciente, donde se mide la proporción de calcio en el hueso.

Es el método más útil para diagnosticar la osteoporosis.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los factores que influyen en la calidad de las pruebas de diagnóstico por imagen médica, pero en esta publicación nos gustaría repasar los más importantes y de mayor incidencia.

Como profesionales capacitados, es nuestro trabajo asegurarnos de cumplir con todos estos factores para garantizar que tomamos imágenes de alto valor diagnóstico. Sin embargo, también entran en juego el respeto a nuestra profesión y el valor de las buenas acciones, que deben guiar el desarrollo de nuestras funciones del día a día porque “hacerlo bien, verse bien”.

Las diferentes pruebas realizadas por radiodiagnóstico nos pueden ayudar a diagnosticar con precisión el problema de un paciente, nos dan información de diferentes partes del cuerpo, no son invasivas, y en algunos casos podemos usar contraste, con lo cual nos permite ver con mayor claridad un órgano, encontrar lesiones o descartar ciertos tipos de lesiones sospechosas.

6 Bibliografía

1. User, S., 2020. SERAM – Home. [online] Seram.es. Available at: <[https:// www.seram.es/](https://www.seram.es/)> [Accessed 8 September 2020].
2. Ciudad Platero, J., Félix Fontestad, J., Gras Miralles, P., Manzano Martínez, F., & Richart Sancho, J. (2020). Manual de Procedimientos de Control de Calidad en Radiodiagnóstico [Ebook] (1st ed., p. 253). Valencia: Generalitat Valenciana.
3. Azpeitia Armán, J., Puig Domingo, J., & Soler Fernández, R. (2016). Manual para técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
4. Pruebas radiodiagnósticas [Internet]. Clínicagarbi.es. [citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicagarbi.es/blog/pruebas-radiodiagnosticas.html/>
5. [citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://https://www.radiologyinfo.Org>

6. [citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://https://www.foronuclear.org>

7. Gallar P, Javier Lafuente F. Radiodiagnóstico. Med Clin (Barc) [Internet]. 2005 [citado el 25 de febrero de 2022];124:44-5. Disponible en: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/otros-contenidos/radiodiagnostico>

Capítulo 195

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN EL SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS

NATALIA ERUSTES LÓPEZ

1 Introducción

La labor que desempeña el técnico en imagen para el radiodiagnóstico y medicina nuclear en el servicio de urgencias es realizar todas las pruebas diagnósticas que los médicos especialistas solicitan, o las peticiones urgentes de los pacientes que se encuentran hospitalizados.

En la mayoría de ocasiones, el técnico de rayos deberá de utilizar el dispositivo portátil de rayos X, si las circunstancias lo requieren, porque no sea posible trasladar al paciente al servicio de radiodiagnóstico.

En ese caso, y al encontrarnos fuera de las instalaciones que se encuentran preparadas para realizar dichas pruebas, debemos de tener en cuenta los tres pilares básicos de la protección radiológica.

Justificación, optimización, limitación de dosis.

Además al no disponer de las paredes plomadas, deberemos de adoptar otras medidas para protegernos a nosotros y al resto de profesionales que se encuentren en la sala, para ello utilizaremos la distancia ya que al alejarse de la fuente de radiación, disminuye proporcionalmente la intensidad de la misma.

Entre las medidas más importantes para protegerse de la radiación ionizante encontraremos:

- .Limitación del tiempo de exposición
- .Aumento de la distancia a la fuente radiactiva
- .Utilización de blindajes y apantallamiento
- .Protección de las estructuras del servicio de radiodiagnóstico, de las instalaciones y las zonas de trabajo
- .Protección de los profesionales y procedimientos de trabajo seguros
- .Protección de los pacientes

2 Objetivos

- .Conocer cuales las reglas fundamentales de radiodiagnóstico
- .Especificar las funciones que tiene el técnico de rayos y medicina nuclear en el servicio especial de urgencias

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consistente, utilizando los buscadores más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente relacionada con el técnico de imagen y medicina nuclear en el servicio especial de urgencias. Se han utilizado términos de búsqueda, que han sido utilizados con filtros y descriptores como: Técnico de rayos, protección radiológica, funciones en el servicio de urgencias.

4 Resultados

Los tres pilares básicos de la protección radiológica son los siguientes:

Justificación: La práctica que implique el tener una exposición a las radiaciones ionizantes siempre tiene que tener más beneficio que riesgo. Se deben de tener en cuenta los efectos negativos que puede tener el paciente al someterse ha dichas pruebas, y si existen alternativas posibles.

.Optimización o principio ALARA: corresponden a las siglas de la expresión “tan bajo como sea razonablemente posible” As Low As Reasonably Archievable.

Limitación de dosis: Las dosis de la radiación ionizante no deben de superar los limites recomendables.

El técnico en imagen y medicina nuclear en el servicio especial de urgencias, tiene un papel muy importante y debe de saber cuáles son las técnicas más correctas a la hora de realizar pruebas diagnósticas sobre todo en pacientes críticos politraumatizados. Por ello a la hora de movilizar a este tipo de pacientes siempre se hará con el médico, y se moverá en bloque, para no causarle más lesiones. Es importante realizar las técnicas correctas para así evitar tener que movilizar al paciente.

Como responsables de la radiación que se va a emitir fuera del departamento de radiodiagnóstico y medicina nuclear, deberemos de velar por los profesionales y personas que se encuentren cerca de las instalaciones donde se va hacer uso de la radiación ionizante, protegiéndolos con distancia, ya que la radiación disminuye de manera proporcional, no inferior a una distancia de dos metros.

También tendremos que tener en cuenta proteger al paciente, para evitar que se irradien órganos que son radiosensibles, como por ejemplo: epitelio intestinal, órganos reproductivos gónadas, médula ósea, glándula tiroides, cristalino, neuronas.

Por lo tanto el técnico en imagen para el radiodiagnóstico, tienen un papel importante en el servicio de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar a lo largo de este trabajo de investigación, la labor que ejerce el técnico en imagen para el radiodiagnóstico y medicina nuclear en el servicio de urgencias es muy importante, y trabaja junto con un equipo multidisciplinar, formado por médicos especialistas, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores...

Debemos de tener cuidado con la radiación ionizante ya que esta tiene efectos muy nocivos para nuestro organismo, y si estamos expuestos continuamente, podemos tener problemas de salud graves.

Si se toman todas las medidas necesarias los profesionales no deben de tener exposición a la radiación, para ello deben de portar un dispositivo que recibe el nombre de dosímetro, y se deberá de llevar colocado en la solapa del bolsillo de nuestro uniforme.

6 Bibliografía

2: Acute Severe RAYOSX—An Evidence-based Consensus; August 2018; Ulcerative técnico en imagen-para-el-radiodiagnóstico, U.S. National Library of

Medicine, Disponible en: [https:// medlineplus.gov/ulcerativecolitis.html](https://medlineplus.gov/ulcerativecolitis.html) protección radiológica: Management in Adults, Children and Young People; National Clinical Guideline Centre(UK). London: Royal College of Physicians(UK); 2013, Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258828>

Capítulo 196

PRIMEROS AUXILIOS. IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN SU ENTORNO LABORAL

RAÚL ANTOLÍN ORTEA

1 Introducción

La formación en prevención resulta esencial para los trabajadores y es un deber de la empresa recogido en el artículo 19 de la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, Prevención de Riesgos Laborales (LPRL). Esta formación estará centrada en el puesto de trabajo, siendo distinta dependiendo del tipo de actividad que se realice. Aunque se puedan dar distintos patrones diferenciadores según el puesto de trabajo, hay algo que es común y de vital importancia dar a conocer a todos los trabajadores como parte fundamental de la formación en prevención. Nos referimos a la formación en Primeros Auxilios.

Los Primeros Auxilios, son aquellas maniobras sencillas y de atención inmediata que se realizan a una persona herida, enferma o accidentada, antes de ser atendida o tratada por personal médico profesional.

Disponer de un protocolo de actuación en caso de emergencia, aporta al trabajador los conocimientos y actuaciones a seguir ante situaciones de urgencia garantizando una respuesta efectiva. El protocolo o sistema de emergencia más utilizado se conoce como PAS, cuyas iniciales significan: Proteger, Avisar y Socorrer.

El servicio de mantenimiento hospitalario, como ejemplo de personal no sanitario, a pesar de realizar su trabajo rodeados de profesionales sanitarios expertos en medicina, deben de estar preparados para resolver de manera correcta, cómo actuar ante una situación de este tipo.

2 Objetivos

- Conocer cómo actuar de manera correcta siguiendo el protocolo PAS: Proteger, Avisar y Socorrer, mientras se espera la llegada de personal de emergencias.
- Resaltar la importancia de la formación en Primeros Auxilios tanto del personal sanitario como no sanitario en su entorno laboral.

3 Metodología

Para llevar a cabo la realización de este capítulo, se ha realizado un proceso de investigación documental a través de publicaciones en medios digitales sobre situaciones y protocolos de emergencias con el objetivo de salvar vidas y minimizar, en lo posible, los problemas derivados de los accidentes.

Utilizando palabras clave específicas como: PAS, situación de emergencia, primeros auxilios, soporte vital, prevención. Se ha procedido a una recopilación sistematizada de los datos necesarios para el análisis de la información tratada, consultando artículos en las principales bases de datos Pubmed, MedlinePlus, Elsevier y Scielo que nos han servido para seleccionar artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación, se explicará el protocolo PAS y las normas básicas elementales necesarias para conseguir que tanto el personal sanitario como no sanitario, sirviendo de ejemplo para este último, un trabajador del servicio de mantenimiento que se encuentra realizando su trabajo, pueda intervenir de manera correcta ante situaciones de emergencia en un momento dado en el que se encuentre solo y sepa reaccionar para proceder y conseguir salvar la vida a una persona mientras espera la llegada de personal médico profesional o de emergencias. Para llevar a cabo el protocolo PAS, debemos de actuar con rapidez, pero a la vez conservando la calma para tranquilizar y transmitir confianza a la persona herida.

Es muy importante seguir este orden de actuación:

- **Proteger:** se debe de valorar y analizar el entorno donde se ha producido el accidente para detectar los posibles riesgos aún presentes a nuestro alrededor. Asegurándonos de proteger tanto al accidentado, como a nosotros mismos para no agravar la situación y evitar nuevas lesiones.

Se evitará en todo momento mover a la persona herida, salvo que exista riesgo contra la salud y resulte imprescindible alejarla del peligro existente.

- **Avisar:** como apuntábamos con anterioridad, los primeros auxilios, son maniobras sencillas que se realizan para conseguir salvar la vida a una persona mientras se espera la llegada de personal médico profesional o de emergencias.

Tras cerciorarnos que la zona del accidente y el entorno es seguro, avisaremos a los servicios sanitarios y a los equipos de emergencia facilitando toda la información posible que conozcamos acerca de la víctima: edad, enfermedad conocida, si toma alguna medicación o si tiene algún tipo de discapacidad y de las condiciones y características del escenario en el cual se ha producido el suceso. Tras ello, se procederá a atender a la persona accidentada.

- **Socorrer:** en tercer lugar, después de haber realizado los dos pasos anteriores la siguiente actuación es atender y socorrer a la persona o compañero accidentado. Observaremos sus signos vitales, si tiene pulso, respira y si permanece consciente.

Es vital mantener su cuerpo caliente para evitar que se enfríe y sobre todo no facilitar ningún medicamento, bebida o alimento hasta que llegue el personal médico profesional o de emergencias. Haciendo lo imprescindible y absteniéndonos si no sabemos.

5 Discusión-Conclusión

Con la redacción de este capítulo se pretende que cualquier persona que no sea personal sanitario y sobre todo aquellas que realizan su función de personal de mantenimiento, sepan reaccionar y actuar salvando una vida cuando se encuentren solos esperando a que llegue el equipo de emergencia.

Resulta importante concienciar e instruir a la población sobre cómo actuar ante una situación de emergencia, resultando necesarias acciones que integren la reducción de riesgos mediante actividades de prevención, cursos de formación teóricos y prácticos en la población general.

Mediante este sistema o protocolo de actuación PAS y las técnicas de intervención descritas, se consigue que los ciudadanos mejoren su capacidad de actuación

resolviendo de un modo correcto situaciones de emergencia y disminuir la tasa de mortalidad asociada a las posibles causas de situación de emergencia. Los primeros auxilios deben considerarse parte de una buena gestión y de la seguridad en el trabajo, siendo fundamental la formación en prevención de todos los trabajadores y el aprendizaje introduciendo e impartiendo en los colegios estas técnicas sencillas desde niños. Permitiendo en algunas ocasiones salvar vidas o minimizar las lesiones de la persona accidentada.

6 Bibliografía

1. Base de datos de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. Base de datos de Pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>.
3. Base de datos de Elsevier: <https://www.elsevier.com/es-es>.
4. Base de datos de Scielo: <https://www.scielo.org/es/>.
5. Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es>.
6. Sanitas: <https://muysaludable.sanitas.es/salud/10-pasos-basicos-primeros-auxilios/>.
7. MB Prevent: <https://mbprevent.com/es/blog/2018/11/importancia-formacion-primeros-auxilios-prevencion-riesgos-laborales/>.
8. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: <https://www.insst.es/documents/94886/161958/Capítulo+14.+Primeros+auxilios,+servicios+médicos+de+urgencia>.
9. Bebés y más: <https://www.bebesymas.com/educacion-infantil/primeros-auxilios-materia-obligatoria-ley-colegios-que-mayoria-centros-no-imparte>.
10. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales: <https://www.iaprl.org/>.

Capítulo 197

MODO DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE UN INCENDIO EN UN CENTRO HOSPITALARIO

RAÚL ANTOLÍN ORTEA

1 Introducción

En un hospital se pueden llevar a cabo multitud de situaciones de riesgo estando sus trabajadores, tanto sanitarios como no sanitarios, totalmente expuestos frente a riesgos que los acompañan diariamente en el desempeño de su labor como profesionales.

De un modo general, en los centros hospitalarios se pueden considerar dos situaciones:

- Áreas con un elevado riesgo de incendio, pero con riesgo moderado para las personas (poca ocupación como cocina, lavandería).
- Áreas con bajo riesgo de incendio, pero con elevado riesgo para las personas (salas de hospitalización, quirófanos).

La prevención contra incendios engloba un conjunto de medidas destinadas no solo a evitar el inicio del fuego, sino también a tratar de controlar y eliminar su propagación y los daños potenciales que puede producir.

Para que un fuego se inicie, es necesario que convivan tres factores:

- Combustible en estado sólido, líquido o gaseoso.
- Comburente normalmente el oxígeno del aire.
- Energía de activación o calor (puede ser mecánica, térmica, química o eléctrica).

Estos tres factores se representan en el llamado triángulo del fuego. Si algunos de estos elementos no están presentes, el fuego no se produce.

Disponer de programas de formación continua, realizados de manera periódica, son esenciales para actualizar y reciclar los conocimientos ya adquiridos y así poder actuar de forma más rápida y eficaz.

Disponer de un Plan de Emergencia, así como insistir en la formación de los trabajadores, es de vital importancia para lograr actuar y resolver de la mejor forma estas situaciones de emergencia en un centro hospitalario.

Así mismo, se intenta sensibilizar e inculcar a los trabajadores un sentido de responsabilidad en prevención.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer aspectos importantes en cuanto a la prevención de incendios en un centro hospitalario.

Objetivos secundarios:

- Describir las medidas de actuación general a aplicar para tratar de atajar un incendio en un centro hospitalario, destacando los métodos y sistemas de extinción.
- Resaltar la importancia de la formación en prevención de incendios tanto del personal sanitario como no sanitario en su entorno labora.

3 Metodología

Para llevar a cabo la presente publicación, se ha realizado un proceso de investigación documental a través de publicaciones en medios digitales sobre la legislación actual en prevención contra incendios en centros hospitalarios y el modo correcto de actuación del personal sanitario y no sanitario.

Utilizando palabras clave específicas como: prevención de incendios, incendios en hospitales, prevención de riesgos laborales, seguridad. Se ha procedido a una recopilación sistematizada de los datos necesarios para el análisis de la información tratada, realizando la selección de artículos tras la consulta de las principales bases de datos Pubmed, MedlinePlus, Elsevier y Scielo, así como en cuadernos de seguridad existentes.

4 Resultados

El Código Técnico de la Edificación (CTE) en su apartado de Uso Hospitalario, indica que “los hospitales deben ser diseñados, construidos, mantenidos y gestionados de tal manera que minimicen las posibilidades de una emergencia por fuego que requiera la evacuación de los pacientes”.

En los hospitales residen personas enfermas y muchas ellas no se valen por sí mismas, por lo que la protección contra incendios en estos lugares resulta de necesidad extrema. Estas zonas de hospitalización, así como las zonas de quirófanos y UCI deben de estar compartimentadas como mínimo en dos sectores de incendio diferentes y cumpliendo unas condiciones mínimas de evacuación y señalización.

Simultáneamente a las medidas de prevención, resulta necesario elaborar un Plan de Emergencias propio del hospital, en él, se recogerá el conjunto de medidas a tomar y/o las acciones a llevar a cabo para asegurar la eficacia operativa del mismo si resulta necesaria su activación.

Hay que seleccionar, formar y adiestrar correctamente a los componentes del Equipo de Emergencia informando de los riesgos potenciales a los que está sometido el centro de trabajo. Teniendo conocimiento de la existencia y forma de uso de los medios materiales de autoprotección disponible.

El equipo de emergencia estará formado por las siguientes figuras:

- Jefe de Emergencia (JE): controla la actuación de los distintos equipos a la vista de las informaciones que reciba del Jefe de Intervención avisando a la ayuda externa necesaria para el control de la emergencia.
- Jefe de Intervención (JI): dirige las operaciones de extinción en el punto de la emergencia e informa y ejecuta las órdenes que recibe del Jefe de Emergencias.
- Equipo de Primera Intervención (EPI): combate situaciones o accidentes de poco riesgo controlado de manera sencilla con extintores portátiles (medios de primera intervención) en su zona de actuación (planta, sector).
- Equipo de Segunda Intervención (ESI): actúa cuando, dada su gravedad, la emergencia no puede ser controlada por el Equipo de Primera Intervención y presta apoyo a la Ayuda Exterior cuando la actuación lo requiera.
- Equipo de Alarma y Evacuación (EAE): realizan acciones para asegurar una evacuación total y ordenada de su sector.
- Equipo de Primeros Auxilios (EPA): presta los primeros auxilios a los lesionados por la emergencia.

En caso de incendio lo primero a tener en cuenta es identificar la materia que ha entrado en combustión para emplear en su control y extinción los agentes

extintores más adecuados. Centrémonos en evitar la propagación a las zonas colindantes, retirando los materiales combustibles susceptibles de incendiarse. La combustión es una reacción química que tiene lugar cuando los vapores que desprende una sustancia combustible se combinan con el oxígeno del aire (comburente) con gran rapidez.

El fuego se puede clasificar dependiendo de la sustancia combustible:

- Clase A: fuegos de combustibles sólidos (madera, papel, tejidos).
- Clase B: fuegos de combustibles líquidos (gasolina, alcohol, aceites).
- Clase C: fuegos de combustibles gaseosos (acetileno, propano, butano).
- Clase F: fuegos de aceites y grasas (vegetales o animales).
- Clase D: fuegos de combustibles metálicos (sodio, potasio, litio, titanio).

Para controlar el fuego, llevaremos a cabo los siguientes métodos de extinción:

- Enfriamiento: refrigerando con agua a presión, se logra reducir la temperatura de los combustibles para romper el equilibrio térmico y así lograr disminuir el calor y conseguir la extinción.
- Segregación o dispersión: consiste en eliminar o aislar el material combustible que se quema, usando dispositivos de corte de flujo o barreras de aislamiento.
- Sofocación: este método consiste en desplazar el oxígeno presente en la combustión, tapando el fuego por completo, evitando su contacto con el oxígeno del aire.
- Inhibición: con esta técnica se interfiere la reacción química del fuego mediante un agente extintor.

Durante la combustión se desprenden vapores y humos densos irrespirables, siendo aconsejable estar provisto de mascarillas y equipos de respiración autónomos, prendas de protección adecuadas que cubran cuerpo, manos y cara.

Para extinguir el fuego, los sistemas de extinción más empleados son:

1. Extintores portátiles: En su interior está el agente extintor. Se sitúan en la proximidad de puestos de trabajo con mayor riesgo de incendio y estarán colocados en lugares visibles.

La efectividad del agente extintor varía dependiendo de la clase de fuego a extinguir:

- Espuma: para fuegos de tipo A y B.
- Polvo ABC: el más común y usado, para fuegos de tipo A, B y C.
- CO₂: aptos para fuegos de tipo A, B y C.
- Agua: ideales para fuegos de tipo A.

2. Bocas de incendio equipadas (BIE): son tomas que permiten lanzar el agua a presión desde un punto hasta el lugar del incendio. Deben de estar cercanas a

los puestos de trabajo y acompañadas de mangueras que tendrán la sección y la resistencia adecuadas.

3. Rociadores de agua: la instalación de rociadores se conecta a una fuente de alimentación de agua. Están previstos de cabezas rociadoras, llamadas splinkers, los cuales se abren automáticamente al alcanzar una determinada temperatura dejando caer el agua en forma de ducha.

4. Hidratantes exteriores: son tomas de agua conectadas a la red general de alimentación provistas de válvulas de paso y de varias tomas normalizadas para mangueras.

5. Columna seca: es una toma de agua normalmente colocada en la fachada del hospital de uso exclusivo de los bomberos con el objetivo de transportar el agua por todo el edificio.

5 Discusión-Conclusión

Con la redacción de este capítulo se pretende resaltar lo fundamental que resulta la formación de los trabajadores en la prevención de incendios en centros hospitalarios, ayudando con ello a minimizar los posibles fallos.

Planificando al menos una vez al año un simulacro de emergencia general, se podrá detectar posibles errores de implantación, formación o evacuación existentes pudiendo ser corregidos en el Plan de Emergencia. También se consigue con ello habituar a todos los trabajadores del Hospital, tanto sanitarios como no sanitarios a la forma de actuar ante una emergencia.

En resumen, una buena difusión del Plan de Emergencia entre todo el personal, así como a los visitantes y usuarios que indique el contenido que se va a tratar colocando carteles con consignas de información sobre las actuaciones de prevención de los riesgos y sobre el comportamiento a seguir en caso de emergencia, resultará primordial para asegurar la eficacia operativa del Plan.

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. Cuadernos de Seguridad: <https://cuadernosdeseguridad.com/2021/05/seguridad-contraincendios-en-hospitales-tecnifuego/>.
6. Google Académico: <https://scholar.google.es/>.

7. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales: <https://www.iaprl.org/>.
8. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: <https://www.insst.es/>.
9. Área de Salud de Cáceres: <https://www.areasaludcaceres.es/contenido/525-normas-y-protocolos-de-actuacion-en-caso-de-incendio.html>.
10. Revista Médica: <https://revistamedica.com/medidas-contraincendios-instituciones-hospitalarias/>.

Capítulo 198

LA DEONTOLOGÍA PROFESIONAL SANITARIA, EL SECRETO PROFESIONAL Y EL CÓDIGO ÉTICO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

OLGA AGUDO ZAMORANO

ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ

BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA

RAQUEL GARCÍA BAUTISTA

MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

En el ámbito del sector de la sanidad el secreto profesional se puede definir como la obligación o deber que tienen todos los profesionales de custodiar aquella información relativa al paciente, que ha sido revelada por él o se ha conocido a través de la relación profesional establecida por y para su atención sanitaria.

Vemos muy importante en la realización de nuestras funciones como auxiliares administrativos el hecho de hacer alusión a la importancia de 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 afecta también en el desempeño de nuestras funciones, ya que por nuestras manos pasa gran cantidad de información relativa a los pacientes.

Por tanto, en este sentido, el auxiliar administrativo también está sujeto al código deontológico del profesional sanitario.

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.

Debemos de extremar la precaución y limitar las conversaciones en lugares públicos o que puedan oír terceras personas, así como en la información clínica o evolutiva que se proporciona a otros compañeros sobre pacientes sin una autorización por su parte.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas relacionadas con la responsabilidad deontológica, el secreto profesional y el código ético haciendo referencia a las principales leyes donde se recogen dichos términos tanto en constitución, código penal y ley de protección de datos además daremos una definición de lo que es la deontología profesional.

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

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.

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 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.

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.

Sin embargo, 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.

Además, el artículo 199 del Código Penal de castiga el delito de revelación de secretos.

Un 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 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.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal no sanitario (auxiliar administrativo) que trabaja en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas relacionadas con la responsabilidad deontológica, el secreto profesional y el código ético. Hemos visto en qué consiste cada una de ellas, así como las leyes que recogen todos los derechos y deberes de los profesionales en este sentido.

Hemos visto la importancia del secreto profesional en el ámbito de la salud. Hemos visto que el artículo 199 del código penal es el encargado de castigar contra los delitos de revelación de secretos.

También hemos visto que solo se pueden ejercer acciones legales cuando se vulnera una ley y no un código deontológico.

6 Bibliografía

1. Análisis del secreto profesional en el ámbito de la sanidad- Autor: Ángel Fernández Martínez Coautora: Estefanía García Rodríguez- <https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/secreto-profesional-ambito-de-la-sanidad/>.
2. <https://www.aeds.org>
› Ana-S...PDF Resultados web El secreto del profesional sanitario - Asociación Española de Derecho ...
3. <https://www.psicobioquimica.org>
› ...PDF Intimidad, confidencialidad y secreto profesional.

Capítulo 199

LAS TÉCNICAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

OLGA AGUDO ZAMORANO

ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ

BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA

RAQUEL GARCÍA BAUTISTA

MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

La llamada telefónica es uno de los primeros contactos que se realiza entre el centro de salud y el paciente. Razon por la que la impresión de esta primera llamada puede suponer un usuario contento o perdido y disgustado. Cuidar la atención telefónica es crucial para una buena comunicación entre el profesional relacionado con la salud y el paciente.

La empatía y la capacidad de escucha son cualidades comunicativas del profesional que se encuentra detrás del teléfono, generando una imagen telefónica positiva cuando esta genera comodidad y bienestar en el usuario.

No solamente su uso se realiza ‘por el usuario, siendo los mismos centros los que realizan llamadas salientes con diferentes fines, como el asistencial. Se

aprovechan para lanzar llamadas a usuarios específicos por algún motivo determinado o a usuarios aleatorios, de manera continua. Entre los motivos más destacados encontramos las campañas de vacunación, recordatorio de citas, información al usuario.

Al recibir alguna llamada, es el usuario el que tiene interés en contactar con el centro por diversos motivos, consultar dudas, pedir información, etc. De esta manera, la atención telefónica deberá informar, aconsejar y orientar al paciente en todo aquello que éste solicite con información suficientemente clara, concisa y detallada.

2 Objetivos

Hacer un análisis pormenorizado de las principales técnicas que se pueden utilizar para mejorar la comunicación telefónica entre el profesional y el usuario del sistema de salud a través de dichas técnicas que explicaremos detenidamente en el apartado resultados del presente capítulo.

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

Para que la comunicación sea eficaz los profesionales encargados de recibir llamadas han de poseer ciertas características comunicativas para poder llegar a los objetivos deseados, técnicas como:

1. La voz:

No importa cuáles sean las características de la voz, más grave, más aguda, de hombre o de mujer. Lo importante es mantener un tono cálido y agradable que haga al paciente sentirse acogido y entendido. En cuanto a la velocidad del habla en la atención telefónica, es recomendable adaptarse a la velocidad del habla

del interlocutor. De manera contraria, el usuario puede sentirse incómodo en la conversación.

2. La escucha:

Es muy importante saber escuchar y comprender las necesidades durante la atención telefónica. Para ello, es recomendable realizar pausas, en las que el paciente se puede ver invitado a hablar. En la recepción de llamadas, sobre todo, la técnica de la escucha es muy recomendable, ya que ha sido él mismo el que se ha puesto en contacto con el, por algún motivo. En las llamadas salientes también es muy importante escuchar. Para ello, deben hacerse preguntas que inciten a éste a responder.

3. Resolución de problemas:

El servicio telefónico se utiliza en ciertas ocasiones para recibir quejas de muchos usuarios. Por eso, es importante contar con la suficiente competencia en resolución de problemas para afrontar este tipo de llamadas. Son muchas las técnicas a llevar a cabo en estos casos, siempre y cuando puedan gestionarse mediante la llamada telefónica, como son la escucha, la comprensión y mantener la calma. Es de vital importancia nunca hablar al cliente de “problema”, sino de “solución”.

4. Conocimiento de la información:

Para poder ofrecer un servicio de atención telefónica de calidad es indispensable conocer bien el sistema de salud, su estructura, y la capacidad de resolución de los problemas que el paciente tiene. Sin la información necesaria, el profesional no podrá atender eficazmente a todas las respuestas que los clientes necesitan, ni tener las técnicas necesarias para resolver cualquier inconveniente.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión como auxiliares administrativos las técnicas de comunicación descritas en el anterior apartado de resultados, tenemos que dominarlas eficazmente para así conseguir que la comunicación entre el usuario o paciente y nosotros los auxiliares administrativos (que somos los primeros en hablar con dichos usuarios y por lo tanto el primer eslabón entre paciente y centro sanitario) sea la adecuada y podamos entender las necesidades de cada una de las personas que nos preguntan dudas o quieren obtener respuestas claras que solucionen sus problemas o inquietudes.

Si llegamos a dominar todas las técnicas descritas anteriormente, seremos ca-

paces los auxiliares administrativos de conseguir una comunicación telefónica de calidad y que solucione problemas y así demos soluciones a cada uno de los problemas de los usuarios.

6 Bibliografía

1. <https://eltrampolin.es/tecnicas-de-comunicacion-para-la-atencion-telefonica/>.
2. <https://www.anfix.com/blog/10-claves-para-mejorar-tu-comunicación-telefonica>.
3. <https://www.sepe.es/HomeSepe/contacto/atencion-telefonica.html>.
4. <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/ServicioAtencionTelefonica>.
5. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Asistencia-telef%C3%B3nica?idioma=es>.
6. <https://economipedia.com/definiciones/elementos-de-la-comunicacion.html>.
7. https://es.wikipedia.org/wiki/Comunicaci%C3%B3n_verbal.
8. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-analisis-comunicacion-relacion-médico-paciente-15330>.

Capítulo 200

QUEJAS Y SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES: FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SU RESOLUCIÓN

OLGA AGUDO ZAMORANO

ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ

BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA

RAQUEL GARCÍA BAUTISTA

MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

Aunque el auxiliar administrativo en cuestión no sea el principal operario cuyo fin sea dar una respuesta o tramitar una queja o una sugerencia, en muchas ocasiones es la persona que en primera instancia las recibe, debiendo contar con las herramientas necesarias para afrontar estas situaciones y actuando desde la tranquilidad.

Debe informar al paciente de todos los derechos que tiene como usuario y de las diferentes formas de hacerlos valer, esto redundará en que si el usuario /paciente es atendido de una forma tranquila y con un buen nivel de conocimientos la imagen proyectada por la institución hacia el usuario va a salir reforzada.

Como parte de ese primer escalón que supone la atención al ciudadano, el auxiliar administrativo debe dar soluciones a las diferentes consultas e incidencias que le realicen los usuarios/pacientes.

Existe una situación, que no por ser bastante usual, deja de resultar bastante desagradable y es el momento en que un usuario/ paciente se dirige al auxiliar administrativo y le informa de haber sufrido u observado una deficiencia en el servicio, ya sea por una tardanza en la atención, una queja sobre el trato recibido o cualquier otra incidencia.

El administrativo deberá contar con las herramientas necesarias para hacer frente y resolver de forma amistosa estos casos.

2 Objetivos

Dar una explicación de como se procede a realizar una queja o una sugerencia. Daremos una definición de queja o sugerencia y estableceremos las diferencias entre estos dos términos utilizados por los usuarios del sistema sanitario español para así tenerlo claro que es cada cosa.

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

La Ley 2/1995 de 13 de marzo, sobre Régimen Jurídico de la Administración, regula el derecho de información estableciendo que la administración autonómica contara con instrumentos de información al ciudadano que garanticen el efectivo conocimiento por parte de este del procedimiento a seguir para las solicitudes o actuaciones que los mismos se propongan realizar. Estas actuaciones pueden ser sugerencias o quejas.

Sugerencia es toda manifestación o declaración de un ciudadano en la que este

transmite una idea con la que pretende mejorar los servicios que prestan los centros del sistema nacional de salud español o sus organismos y entes públicos, o alguno de sus procesos, o bien solicita la prestación de un servicio o actuación no previsto o no ofrecido.

Queja es la exposición de una incidencia, durante la prestación de un servicio por parte de la Administración de los servicios sanitarios o sus organismos o entes públicos que produce en la persona que reclama la percepción de ineficacia o actuación no adecuada y persigue una respuesta.

Según el marco legal revisado para realizar este artículo es el Servicio de Salud del Principado español el que establece el procedimiento, requisitos, presentación y tratamiento de las sugerencias y quejas.

La Consejería de Salud dice que se pueden presentar sugerencias y quejas a través de formularios que se suministran en centros de salud, hospitales o en internet.

Este documento se debe presentar en cualquier registro público oficial o también en internet. Si se presenta por escrito la queja debe contestarse en un mes y notificarse por correo ordinario.

La solicitud la tramitará el Servicio de Atención al Usuario de las áreas sanitarias y la resolverá la gerencia del área, la dirección de gerencia del sistema sanitario de la comunidad autónoma correspondiente o la Dirección General que tenga responsabilidad en la materia de la Consejería de Salud.

5 Discusión-Conclusión

Revisada toda la legislación vigente en esta materia podemos llegar a entender y a la conclusión del porqué del derecho de los ciudadanos a interponer una sugerencia o queja ante, en este caso, la Administración Sanitaria.

Con el conocimiento, ahora adquirido, de las normas, entendemos y estamos un poco más preparados para informar correctamente al usuario/paciente, de una forma más profesional, siempre intentando mejorar en la medida de lo posible la imagen que proyectamos de la institución a la que representamos.

Conseguiremos, además, desarrollar nuestro trabajo de Auxiliar Administrativo con la total garantía de poder resolver cualquier duda o problema que nos planteen nuestros usuarios-pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 201

EL RÉGIMEN DISCIPLINARIO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DESDE LA PERSPECTIVA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

VANESA CANO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El régimen disciplinario del personal estatutario viene regulado en la Ley 53/ 2003 de 16 de Diciembre el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

El artículo 70 de esta ley, regula la responsabilidad disciplinaria al establecer que el personal recaerá en dicha responsabilidad por las faltas que cometa.

La Ley también regula las clases de faltas que existen. Dividiéndolas en tres grupos, como son las faltas leves, las faltas graves y las faltas muy graves.

La Ley también establece un régimen de prescripción de dichas faltas, cuando transcurra un tiempo determinado. El cual, se establece en función de la gravedad de las faltas. Puesto que no se puede sancionar de la misma forma una falta leve, una falta grave o una falta muy grave.

Estas faltas que se pueden imponer a los trabajadores, se han establecido como un medio para garantizar la seguridad jurídica y para garantizar el cumplimiento de las funciones por parte del personal. Pero no sólo para eso, sino también para garantizar el respeto al resto de los compañeros, a los superiores y así como a los usuarios y viceversa.

Finalmente, señalar que el régimen disciplinario se rige en función de los principios de proporcionalidad, eficacia y tipicidad. Como así establece el artículo 71 de la Ley 53/2003.

2 Objetivos

Estudiar y analizar el régimen disciplinario, así como sus clases de faltas (faltas leves, graves y muy graves) y la prescripción de las mismas.

3 Metodología

Para el desarrollo y estudio de este capítulo se ha realizado una búsqueda de información en fuentes legales y bases de datos.

Como fuentes legales, se ha analizado de la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Finalmente señalar la búsqueda en la base de datos Google Scholar.

4 Resultados

Como hemos señalado anteriormente, el régimen disciplinario del personal estatutario viene regulado en la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Señalar que las clases de faltas vienen reguladas en el artículo 72 de la mencionada Ley.

Como faltas leves tenemos las siguientes:

- No cumplir con el horario de trabajo de forma no justificada, siempre que no se considere falta muy grave.
- La no asistencia al puesto de trabajo de forma no justificada, siempre que no se considere falta grave o muy grave.
- La negligencia en el desempeño de las tareas, siempre que no afecte a los servicios de salud, a la administración o a los usuarios.
- El no cumplimiento de las disposiciones de seguridad y salud.
- El no cumplimiento de los deberes y obligaciones, siempre que no se considere falta muy grave o grave.
- Encubrir, consentir o cooperar en la comisión de faltas muy graves.

Como faltas graves tenemos las siguientes:

- No obedecer a los superiores.
- Abuso de autoridad en el desempeño de las tareas.
- No cumplir con las funciones o normas que regulen el funcionamiento de los servicios, cuando no se considere falta muy grave.
- Desconsideración grave hacia los superiores, compañeros, subordinados y usuarios.
- El acoso sexual.
- La realización de daños en instalaciones y equipamientos mediante una negligencia no justificable.
- La falta de rendimiento cuando no se considere falta muy grave.
- El no cumplimiento de forma no justificada del horario cuando acumulándolo sea más de 20 horas al mes.
- La realización de acciones para evadir el control del horario.
- La falta justificada de asistencia durante más de tres días continuados, o la acumulación de cinco faltas en dos meses, computados desde la primera falta, siempre que no se considere falta muy grave.
- Recibir algún tipo de contraprestación por parte de los usuarios de los servicios de salud.
- Encubrir, consentir o cooperar en la comisión de faltas muy graves, así como la inducción directa a otros en la comisión de faltas graves. Y la cooperación en la comisión de faltas graves.

Como faltas muy graves, podemos destacar como más importantes las siguientes:

- No cumplir con la Constitución Española así como al Estatuto de Autonomía.
- Discriminación por razones ideológicas, morales, políticas, sindicales, raza, lengua, género, religión o por circunstancias económicas, personales, o sociales.
- No cumplir con la debida reserva de los datos relativos al centro o a la intimidad personal de los usuarios.
- Abandono del servicio.
- A lo asistencia al puesto de trabajo durante más de cinco días continuos o la acumulación de siete faltas en dos meses sin justificación.
- No cumplir con las funciones ni con las normas que regulen el funcionamiento del servicio.
- No cumplir con las ordenes de los superiores, salvo que esta constituya infracción.
- No rendimiento en el desempeño de las tareas mediante inhibición.
- No cumplir con los servicios esenciales establecidos en caso de huelga.
- Negarse a participar en las medidas establecidas por la Administración cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

- Realización de actos ilegales, siempre que produzcan un perjuicio grave para la Administración, centros sanitarios o ciudadanos.
- No cumplir con las normas de incompatibilidades.
- Valerse de condición de personal estatutario para obtener beneficios para uno mismo o para terceros.
- Realización de actos que impidan el ejercicio de los derechos fundamentales, libertades públicas y derechos sindicales.
- Agresión grave a cualquier persona.
- El acoso sexual, cuando suponga agresión o chantaje.
- Exigir una compensación económica por parte de los servicios de salud.
- Utilización de las instalaciones de los servicios de salud, para actividades ajenas a dichos servicios.
- Inducir directamente a la realización de faltas muy graves, así como cooperar en la realización de las faltas muy graves.
- Exceso de uso en la autoridad que se tenga, el cual cause un perjuicio al personal subordinado o al servicio.
- Negarse a utilizar los medios para evitar los riesgos laborales.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a este tema, tras la realización del análisis correspondiente. Se ha considerado oportuno señalar una serie de aspectos que son muy importantes en el tema del régimen disciplinario del personal estatutario. Y que también vienen regulados en el artículo 72 de la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

El primer aspecto a destacar es que “las comunidades autónomas podrán, por norma de rango de ley, establecer otras faltas además de las tipificadas en las anteriormente señaladas”.

El segundo aspecto a destacar, es el relativo al tiempo que debe transcurrir para la prescripción de dichas faltas:

Para faltas muy graves, estas prescribirán a los cuatro años. Las faltas graves, a los dos años. Y las leves a los seis meses. Comenzando a contar el plazo desde la comisión de la falta.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003 de 16 de Diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
2. Base de datos Google Scholar.

Capítulo 202

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

DIONISIO GALVEZ TORRES

RAQUEL HUECAS LOPEZ

MÁXIMO MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

El quirófano es una estructura que debe estar cerrada y completamente independiente del resto del hospital, en la cual se practican intervenciones quirúrgicas, actuaciones de anestesia y de reanimación. El quirófano permite la atención global o individualizada de los pacientes por un equipo interdisciplinario para todos los actos que se realicen incluyendo las acciones en la Unidad de Reanimación. El quirófano debe ocupar el lugar central debido a una evidente necesidad de estar cerca de algunas áreas de acogida o de hospitalización, así como los servicios médico-técnicos. El ecosistema del quirófano debe mantenerse a un nivel de contaminación mínimo por medio de una limpieza cuyos ritmos establecidos deberán observarse escrupulosamente. Los principios de la limpieza deben ser codificados por procedimientos escritos discutidos por cada equipo. El preliminar es la evacuación de todos los residuos e instrumentos utilizados en sistemas cerrados (contenedores y bolsas herméticamente cerrados). La limpieza de la sala de operaciones se hace varias veces al día, entre cada paciente. Para ello, se desinfectan todas las salas de operaciones utilizadas después del final de cada programa operatorio con protocolos de higiene, sin olvidar el resto de las partes del bloque quirúrgico: despachos, vestuarios, etc.

El celador de quirófanos se encarga del traslado del paciente desde su habitación pasando por el preoperatorio hasta llegar al quirófano y, después de la operación, le acompañará a reanimación y finalmente de vuelta a la habitación.

El celador de quirófano es la primera persona que trata con el paciente antes de su intervención quirúrgica. Pero, además es quien se encarga del traslado del paciente al finalizar la misma.

El trabajo de un celador en quirófano es muy importante. No obstante no sólo se trata del apoyo a los especialistas sanitarios, sino al mismo equipo de enfermería, así facilitarán el trabajo en la prestación de servicios sanitarios al paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer lo que es un quirófano y sus partes.

Objetivos secundarios:

- Explorar las características de los quirófanos.
- Conocer a los miembros del personal del quirófano.
- Explicar las fases de la asistencia perioperatoria.
- Relatar el bloque quirúrgico.
- Conocer las funciones del celador en el quirófano.
- Conocer la ropa necesaria del celador para el quirófano.

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

1. Actuación del celador en los quirófanos:

Además de las tareas propias del celador en esta área realizará las siguientes funciones:

- Trasladar a los pacientes desde sus respectivas habitaciones a la zona de quirófano para la realización de las intervenciones quirúrgicas. Antes de cada traslado comprobarán que la identidad del paciente corresponde con la historia clínica que le acompaña.

- Ayudarán al personal sanitario a colocar al paciente en la mesa de operaciones según la posición anatómica que dictamine el cirujano.

La posición quirúrgica debe proporcionar una exposición y acceso óptimo a la zona a intervenir sin poner en peligro la función de los órganos ni la seguridad del paciente. Debe permitir también el acceso del anestesista para inducir la anestesia y administrar los fármacos y líquidos intravenosos.

Los cambios posturales al paciente anestesiado deben realizarse de forma lenta para permitir que el aparato circulatorio se adapte a los cambios de la distribución de la sangre. Las limitaciones o restricciones de los enfermos deben valorarse antes de inducirlos a la anestesia.

La anestesia se practicará con el paciente en decúbito supino.

- Después de la intervención lo trasladará a la sala de reanimación o donde corresponda. Este traslado se realizará extremando las medidas de seguridad cuando el paciente ha sido sometido a anestesia general, se colocará la cabeza de forma lateral para evitar en caso de vómitos penetren en el aparato respiratorio del paciente provocando una broncoaspiración. Además, acompañan al paciente el celador, el anestesista y la enfermera circulante.

- Si el paciente fallece lo trasladará al mortuario o a la sala de autopsias, si procede. En el caso de amputaciones de miembros los trasladará al mortuario previa orden del cirujano encargado de la operación.

- Al final de la intervención ayudará al personal de enfermería a la retirada del paciente de la mesa de operaciones.

- El celador debe permanecer en los antequirófanos durante la intervención atento a aquello para lo que se le pueda requerir, y en el caso de que debiera acceder a la zona de quirófano deberá de cuidar al máximo la asepsia, utilizando la bata, gorro, mascarilla y calzas. Ejemplo de tareas que se le puede requerir durante una intervención:

Transporte de aparatos diagnósticos como el RX portátil y el ecógrafo.

Ayudar al personal de enfermería a cambiar de posición al paciente.

Transporte de muestras al servicio de Anatomía Patológica (biopsias intraoperatorias).

Transporte de concentrado de hematíes, plaquetas, etc., desde el banco de sangre.

- El celador en ningún momento hará comentarios sobre las intervenciones realizadas a los pacientes o los familiares ya que le está expresamente prohibido,

orientando las consultas al facultativo correspondiente.

- En el caso de intervenciones urgentes y en ausencia del peluquero, en las que el paciente no se encuentre debidamente aseado y rasurado, ayudará al personal auxiliar en el aseo y rasurará a los enfermos masculinos en aquellas partes que lo necesitare. A continuación, se explica la Técnica de Rasurado.

2. Personal del quirófano:

- Miembros estériles:

Cirujano: médico especialista que realiza la intervención.

Ayudantes de cirujano (pueden variar en número).

Enfermero instrumentista (con conocimientos y experiencia suficiente).

- Miembros no estériles:

Anestesiista: médico especialista en anestesiología y encargado de todo el proceso anestésico.

Enfermero circulante: sirve de intermediario entre el equipo estéril y el no estéril.

Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (auxiliar de enfermería): durante la intervención permanece en la zona intermedia y asiste a la enfermera circulante en lo que ésta le solicite.

Otros: enfermera de apoyo, celador y limpiadoras.

3. Instrumental de quirófano y material:

Mesa quirúrgica o mesa de operaciones:

- Mesa especial con dispositivos de altura (auto elevables) y articulada con accesorios para colocar al paciente en la postura adecuada (correas para brazos o muñecas, tabla branquial o soporte de brazos, perneras). Pueden ser fijas o con ruedas. Imprescindible que dispongan de una buena toma de tierra.

- El colchón suele estar cubierto de caucho conductor.

2. Arco de anestesia: accesorio metálico que se fija a la mesa quirúrgica encima del paciente y permite separar la zona de anestesia de la zona de intervención.

3. Lámpara quirúrgica, cialítica o escialítica.

- Normalmente son dos suspendidas en el techo por encima de la mesa quirúrgica.

- Pueden ajustarse libremente en cualquier posición o ángulo.

- Están diseñadas para proporcionar luz focal y no producir sombras. Es de fácil limpieza.

4. Lámparas supletorias: además de las otras lámparas se disponen lámparas supletorias con ruedas para su desplazamiento.

5. Carro de anestesia.

6. Sistema de aspiración conectado a las tomas de vacío.

7. Mesa de instrumentación: mesa metálica y semicircular con ruedas donde el enfermero instrumentista coloca el instrumental necesario y específico para la

intervención que se recubre con paños estériles.

8. Mesa auxiliar o mesa de mayo o cigüeña.

Mesa metálica provista de ruedas con el material de uso continuo para la intervención (bisturí, pinzas, tijeras, guantes). Se coloca por encima del paciente.

9. Escabel.

10. Armarios.

11. Negatoscopio: pantalla para ver las radiografías, resonancias magnéticas. Existen de varios tamaños, así como fijos o portátiles.

12. Bisturí eléctrico.

13. Carro de parada o carro de soporte vital o de emergencia.

- Tabla de parada cardiorrespiratoria.

- Desfibrilador con palas, cardiocompresor, marcapasos externo.

- Resucitador, respiración manual o balón de oxígeno (ambú), con mascarilla oronasal.

14. Aparatos de rayos portátil: el celador es el encargado de su traslado dentro del área quirúrgica.

15. Mesa de Mano: la mesa de mano se puede añadir a la mesa quirúrgica para intervenciones de mano o muñeca.

16. Cabezal de Mayfield: es un sistema de estabilización y fijación craneal esquelética utilizado en intervenciones quirúrgicas de neurocirugía y O.R.L donde se requiere la estabilización y fijación del cráneo.

17. Apoyabrazos: se almohadilla hasta la altura de la mesa quirúrgica. El brazo del paciente se sitúa en posición anatómica para prevenir la presión sobre el nervio cubital y la rotación anormal del hombro. El apoyabrazos tiene ángulos ajustables pero el brazo nunca debe colocarse en abducción con un ángulo superior a 90° respecto al hombro. Unas correas estrechas, de al menos 3,8 cms de anchura, situadas alrededor de las muñecas, sujetan los brazos al apoyabrazos. Las manos nunca deben situarse debajo del cuerpo ya que provocarían compresión. las correas deben estar firmes, pero sin ejercer presión.

18. Extensión superior de la mesa quirúrgica: para realizar un procedimiento quirúrgico sobre un brazo o una mano, se puede utilizar una extensión ajustable a la mesa en vez de un apoyabrazos. En ocasiones este accesorio recibe el nombre de mesa de mano. La mesa proporciona una superficie amplia y firme para la intervención. El cirujano y el equipo estéril suelen sentarse alrededor de la mesa.

19. Soportes o abrazaderas para los hombros: se utilizarán soportes cóncavos de metal bien almohadillados, ajustables para evitar que el paciente se deslice, cuando la cabecera de la mesa se incline hacia abajo, por ejemplo, en posición de Trendelenburg. Las abrazaderas deben colocarse equidistantes a la cabecera de

la mesa, con un espacio de unos 13 mm entre las abrazaderas y los hombros para no presionarlos.

20. PERNERAS: se colocan unas perneras sobre unos soportes, uno a cada lado de la mesa, para sostener las piernas y los pies en la posición de litotomía.

21. Trineo: para posición de laminectomía se utiliza el trineo. Consiste en un accesorio metálico con la parte superior almohadillada y un sistema elevador manual cuyo objetivo es subir la zona lumbar del paciente.

22. Soportes corporales laterales.

23. Correa de sujeción corporal (de cadera).

24. Reposacabezas.

25. Apoya pies metálicos: el apoyo pies puede dejarse horizontal, como una extensión de la mesa o elevarse perpendicularmente a la mesa, para apoyar los pies con las plantas reposando sobre él. Debe estar almohadillado para la posición de anti Trendelenburg.

26. Cepo de Rodilla: utilizado en intervenciones de traumatología.

27. Otros accesorios: se utilizan distintos tamaños y formas de almohadillas, almohadas y bolsas que se adaptan a las estructuras anatómicas para proteger, apoyar o inmovilizar partes del cuerpo. La gomaespuma, las almohadillas polímeros, almohadillas del gel de silicona, los saquitos de arena o cualquier otro accesorio deben cubrirse con materiales lavables. Los rodetes, una almohadilla con forma de anillo, puede utilizarse en las intervenciones sobre la cabeza o la cara para mantener el área quirúrgica en un plano horizontal, también para proteger los puntos de presión como la oreja, la rodilla o el codo. Las almohadas se utilizan para elevar una parte específica del cuerpo. Unos rollos sólidos de espuma dura o de tela colocados debajo del pecho del paciente, lo elevan de la mesa y facilitan la respiración: estos rollos se denominan rollos torácicos.

5 Discusión-Conclusión

La labor del celador en el servicio quirúrgico es fundamental puesto que es la primera persona que trata con el paciente antes de su intervención quirúrgica y es la encargada de su traslado al finalizar la misma. 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.

Podemos concluir, según lo expuesto con anterioridad que el celador debe cumplir y respetar todas las normas internas establecidas para el área quirúr-

gica, 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.

6 Bibliografía

1. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.
2. Núñez, D. M. (2009). Manual Básico del Celador. Lulu. Com. <http://celadoresonline.blogspot.com>.
3. Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por el que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. n° 174 de 22 de julio de 1971).

Capítulo 203

EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

CARMELO ESCUDERO DELGADO

MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ

DAVID MADRIGAL RICHART

BERNARDO GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

El papel del celador en el aseo de los pacientes en clave, no solo por realizar las movilizaciones, sino que también ayuda al auxiliar a realizar el aseo. El proceso del aseo del paciente es de gran importancia no solo para mejorar su aspecto físico, sino para facilitar la circulación. Es importante tener en cuenta la importancia de preservar la intimidad del paciente. Se trata de un proceso clave para valorar la presencia de lesiones o úlceras por presión, así como para hidratar la piel como medida de prevención.

Para realizar un correcto aseo es importante que al menos haya dos profesionales sanitarios.

Dentro del englobe general del paciente encamado se puede hacer una distinción, estaría el paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, en el que

se necesitaría más personal para realizar el aseo, ya que cuenta con aparatajes, ventilación mecánica. Por otra parte estaría el paciente con politraumatismo o varias fracturas, el cual puede portar yesos, férulas inmovilizadoras o pesos. También se hace distinción a los pacientes con ventilación artificial, o los pacientes inconscientes, a los cuales se les ha de prestar atención a su piel para intentar evitar lesiones futuras, uno de los aspectos importantes en estos pacientes es la limpieza de ojos y boca, procurar mantener una humedad idónea.

2 Objetivos

- Determinar los pasos a seguir para realizar un correcto aseo de los pacientes encamado.
- Describir la importancia del aseo en los pacientes encamados.

3 Metodología

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

4 Resultados

El 05 de abril del 2021, un paciente de 75 años ingresa en el servicio de urgencias del Hospital central de Asturias, a consecuencias de una caída desde un árbol a 3 metros de altura. Tras la exploración pertinente y las pruebas complementarias, ingresa a cargo del servicio de traumatología con varias costillas derechas fracturadas, fémur izquierdo, y luxación del hombro derecho. No precisa intervención quirúrgica urgente, por lo que se decide ingreso en planta para continuación de los cuidados.

Al día siguiente y dada su situación, el aseo se hace con celador y auxiliar.

El pasado 13 de noviembre del 2020, un paciente de 53 años ingresa en urgencias del hospital central de Asturias, tras hacerle una valoración por el servicio médico, se determina la presencia de fractura de escapula izquierda, pelvis con

una fijación externa, así como unas fisuras en las últimas costillas de la parrilla costal izquierda. Se decide su ingreso hospitalario en la planta de traumatología. El paciente se encuentra de cubito supino, se comienza a realizar el aseo de la parte delantera. Para ello se comienza de las partes más limpias. Lavando cara, cuello y orejas con agua limpia. Se sigue por el tronco superior, aseando así manos brazos y axilas. Se continúa por el tórax, abdomen, pies, piernas y genitales. Una vez acabada con el lavado y secado de la parte anterior, se procede a la movilización del paciente para el aseo de la cara posterior. Como se trata de un paciente politraumatizado utilizaremos la técnica de bandeja para moverlo. La bandeja se hace con una grúa por que el paciente no se puede mover, entonces lo único para poder asearlo es levantarlo en el aire mediante correar a modo de arnés. Se colocan dos barras laterales a los lados del cuerpo. Acto seguido se colocan unas correas por debajo de los pacientes, se colocarán tantas como sea necesario para asegurar una correcta sujeción del paciente. Una vez el paciente se encuentra en el aire se puede proceder a hacer el aseo de la zona posterior así como a retirar las sabanas sucias.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con politraumatismos o con inmovilidades necesitan un aseo en casa, por lo que es importante saber cómo se debe realizar el aseo, no solo como realizar las movilizaciones oportunas, sino también cuáles son los pasos a seguir para un aseo correcto. Siempre prestando atención a cualquier lesión o problemas en la piel.

El estatuto de personal no sanitario recoge las funciones de los celadores en referencia al aseo del paciente. Excepcionalmente lavaran y asearan a los enfermos que no puedan realizarlo por sí mismos, a tendiendo a las indicaciones de un superior.

Con este capítulo se quiere dar a conocer el papel del celador en las plantas es clave para garantizar una buena organización de la planta así como un reparto en las tareas.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/labor-celador-movilizacion-paciente/>.
2. <https://revistamedica.com/celador-movilizacion-pacientes-posicionesanatomicas/>.

Capítulo 204

EL ÁREA DE QUIRÓFANOS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR ENCARGADO DE ESA UNIDAD

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

CARMELO ESCUDERO DELGADO

MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ

DAVID MADRIGAL RICHART

BERNARDO GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

El quirófano, es una sala de hospitales o centros de atención médica y que esta acondicionada para realizar las operaciones quirúrgicas a aquellos pacientes que lo necesiten. Debe tratarse de un espacio cerrado, la circulación de personas es mínima, la limpieza para lograr que no halla contaminación tiene que ser profunda y ocupar un lugar central dentro de un hospital y en esta sala estarán trabajando como un equipo, diferente personal sanitario y no sanitario como es el caso del celador que trabaja en la sanidad. La palabra celador según La Real Academia de la Lengua, es la persona que tiene por oficio vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o hacer otras tareas de apoyo en un establecimiento público. El celador que trabaja en la sanidad no difiere mucho del significado que nos da la real academia de la lengua que es celar o vigilar pero que

tiene otras connotaciones más específicas, aunque no sea personal sanitario, su trabajo está muy ligado a la sanidad al bienestar de los pacientes es una persona multidisciplinar y está presente en casi todas las áreas de un hospital, centros de salud, centros de día etc. Y que cumple una función complementaria y auxiliar del trabajo del personal sanitario (cirujanos, anestelistas, enfermeras, etc.).

2 Objetivos

Conocer el protocolo de actuación que debe de seguir el celador de quirófano cuando está trabajando en el servicio anteriormente mencionado.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Dialnet del protocolo de actuación del celador en la sala de quirófano. Se ha hecho uso de las palabras clave como descriptores. También se buscó información en libros de academias que preparan oposiciones a celador como CCOO, SICEPA, UGT, ETC.

4 Resultados

Las tareas del celador de quirófano se centran en el traslado y ubicación del paciente y traslada al paciente en el caso de que sea objeto de intervención o asistencia a quirófano, transportándolo junto con su historia clínica facilitada por el enfermero u enfermera de la unidad de donde procede.

Ayudaran, si se lo solicita la persona responsable de la unidad (medico, supervisor) a la movilización o sujeción de los pacientes que lo necesiten.

Ayudaran al anestesista a colocar al paciente en la camilla.

En algunas ocasiones ayudara en el rasurado del paciente.

Ayudaran a mover al paciente durante la intervención siempre bajo la orden del cirujano, siendo frecuente la movilización en la especialidad de trauma.

Son los encargados del transporte de documentos y material.

Transportaran a los servicios correspondientes los documentos, objetos, etc. Que sean demandados por sus superiores.

Traslado de mobiliario o aparatos que se les sea pedido, transportaran aparatos de diagnóstico como puede ser un ecógrafo, etc.

Llevaran las biopsias a donde proceda.

Llevaran concentrado de plaquetas y hematíes desde el banco de sangre.
También es función del celador la vigilancia y cuidados del material.
Son los responsables de vigilar el acceso a la zona de quirófano.
Hacen los servicios de guardia que les toquen dentro de los turnos establecidos.
Informaran a sus superiores de las anomalías o desperfectos que encuentren en las instalaciones, en la limpieza y en el material.

En el quirófano:

Controlarán y cumplirán las normas internas de la unidad de quirófano, normas que son generales para todas las personas que trabajan en esa unidad, sobre todo las que se refieren a la higiene o asepsia. La ropa de quirófano hace de barrera entre la fuente de contaminación y el paciente o el personal. El objetivo de la ropa de quirófano es proporcionar barreras eficaces que eviten que le lleguen microorganismos hacia el paciente y al mismo tiempo proteger al personal de los pacientes infectados, por eso es muy importante cumplir con el protocolo del quirófano y llevar la ropa adecuada (gorro, calzas, mascarilla, guantes, y bata estéril específica para quirófano).

Permanecerá en el ante quirófano para cuando se le necesite.

Es el encargado de ajustar la iluminación del quirófano.

Elevará la altura que le pidan la cama quirúrgica y la estabilizará.

Se encargará de tener limpios los transferes para el traslado de los pacientes y las camillas en buen estado y ordenadas.

Se encargará de recoger y ordenarlos soportes utilizados en la mesa de quirófano en los almacenes dedicados a tal fin.

Los celadores ayudaran al lavado y preparación cuando un enfermo ingrese por algún accidente y tenga que ser intervenido de inmediato y su estado requiera una limpieza inmediata.

Cuando termine la jornada en el quirófano, el celador se tiene que asegurar de que todo quede correctamente para su inmediato uso con todos los elementos necesarios como pueden ser las Almohadillas, Soporte para los brazos, Arcos para la mesa etc.

Ayuda al personal sanitario a colocar al paciente en la mesa de operaciones y en la posición adecuada. De la misma forma deberá trasladar al paciente al lugar indicado después de terminar en el quirófano, como puede ser a reanimación o a planta. En caso de deceso, transportara a mortuorio a las personas fallecidas y todos los miembros del cuerpo que fueran amputados.

5 Discusión-Conclusión

Haciendo un análisis de los resultados, la conclusión es que la profesión del celador se hace muy necesaria por lo polifacética que es y tener una gran coordinación de trabajando en equipo, esto influirá positivamente en el enfermo. También es importante la zona específica donde realiza el trabajo, la categoría de celador abarca muchas zonas de trabajo como pueden ser consultas externas, planta, urgencias, etc. Y cuando se les destina para la zona específica, se desenvuelven mejor para hacer su trabajo. Realizar trabajos periódicos dirigidos a la profesión que cada persona realiza y en este caso en la categoría de celador de la sanidad como pueden ser los cursillos, hacer posters, capítulos etc. hace que nuestros conocimientos estén siempre actualizados y trabajaremos con seguridad de saber que se hacen las cosas correctamente y al final es en beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. Revisión bibliográfica en la base de datos de (Scielo, Dialnet) CCOO, SICEPA y UGT.

Capítulo 205

EL CELADOR DE LOS CENTROS DE SALUD (ATENCION PRIMARIA)

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

CARMELO ESCUDERO DELGADO

MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ

DAVID MADRIGAL RICHART

BERNARDO GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

El Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud, establece los principios normativos generales sobre: la creación y puesta en funcionamiento de Zonas de Salud, a las que se atribuyen funciones integradas, tanto para el individuo como para los grupos sociales de: promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

Cada comunidad Autónoma desarrollará dicho Real Decreto en sus respectivos ámbitos territoriales, la cual contiene la siguiente estructuración: zona de salud y centro de salud.

La zona de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud y es la demarcación poblacional y geográfica fundamental.

La atención primaria enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además de ser el nivel

básico e integrante de cualquier sistema de salud. Hay dos tipos de asistencia sanitaria; la primaria y la especializada u hospitalaria.

La atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las personas y a las poblaciones y con menores costes. El objetivo central es organizar los sistemas sanitarios en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente, es decir, la atención primaria.

2 Objetivos

Establecer las funciones llevadas a cabo por el celador en atención primaria.

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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos.

4 Resultados

El centro de salud es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúen en el mismo.

En él se desarrollan las actividades y funciones del equipo de atención primaria. En el medio rural podrá existir un consultorio local en cada una de las localidades restantes que constituyen la zona de salud. En el medio urbano podrán existir otras instalaciones diferenciadas del centro de salud, cuando las condiciones lo aconsejen. Contarán con una dotación de personal acorde a las necesidades de cada zona de salud.

El equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que tienen como ámbito territorial de actuación la Zona de Salud y como localización física principal el centro de salud. Los equipos de atención primaria son elementos organizativos con carácter y estructura jerarquizados y que están bajo la dirección de un coordinador médico y compuesto por médicos de medicina general y pediatría, farmacéuticos, practicantes, veterinarios, trabajadores sociales;

radicados en la zona. También el personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento. A continuación vamos a detallar las funciones del celador en atención primaria, concretamente en Ambulatorios. Las funciones serán similares a las que desarrollan los celadores de puerta en un Hospital.

- Cuidan del orden en todas las dependencias, vigilando el comportamiento de los enfermos y acompañantes, para conseguir el silencio y orden adecuado.
- Es su función informar al público del lugar, día y hora de las consultas.
- Traslada documentación, objetos, aparatos y materiales cuando sean requeridos para ello.
- Se encarga del traslado de enfermos que no puedan hacerlo por ellos mismos.
- Ayudarán al personal sanitario, si son requeridos, en curas y pequeñas intervenciones.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones detalladas anteriormente sobre las tareas del celador en la atención primaria ayudan al buen funcionamiento del servicio. Por todo y teniendo en cuenta la complejidad del servicio, es muy importante conocer las funciones que desempeña cada profesional. El servicio en los centros de salud, son uno de los más sensibles de la sanidad y requiere un trabajo coordinado de todos y cada una de las personas que forman parte del equipo. Por todo ello podemos ver que la labor del celador va tomando día a día mayor relevancia en cualquiera de las múltiples unidades de las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

1. <https://www.auxiliarenfermeria.com>.
2. www.revistamedica.com.

Capítulo 206

PACIENTE EN CARDIOLOGÍA FUNCIONES DEL CELADOR DESDE EL INGRESO HASTA EL ALTA

DELFIN MACHUCA NEBRED A

1 Introducción

Un enfermo cardíaco entra dentro de las cirugías cardiovasculares, las cuales son una especialidad de la medicina que se ocupan de los problemas del sistema cardiovascular en los que son necesarias las intervenciones quirúrgicas. Las principales cirugías cardiovasculares pueden ser un bypass, la cirugía valvular, de grandes vasos, arritmias o trasplantes cardíacos. Este tipo de cirugía está en constante evolución y con el tiempo que van utilizando nuevas técnicas, nuevo instrumental y otras opciones que mejoran el éxito de este tipo de operaciones, lo facilita y en parte reducen el tiempo de recuperación de los enfermos.

En este capítulo vamos a ver de manera general el tratamiento realizado de un celador de un enfermo cardíaco. No nos centraremos en enfermos en concreto ni en un tipo de operación en concreto como recambio de válvulas, disecciones u otros tipos. Simplemente, hablaremos de forma general de la labor del celador con un enfermo de estas características. Nos centraremos en el trabajo del celador, su relación con el enfermo desde que ingresa en urgencias o por una operación programada hasta que es dado de alta, describiendo de forma general y en lo que incumbe a las funciones de celador todo el paso del enfermo por el hospital tanto en planta, en el quirófano, hasta que es dado de alta.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor del celador a la hora del trabajo con un enfermo cardíaco.
- Explicar de modo detallado el trabajo del celador desde el ingreso del enfermo, su paso por planta, durante la intervención, así como en la uci y su bajada de nuevo a planta hasta que es dado de alta.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos empezar con el ingreso del enfermo en el hospital. Normalmente, suelen ser intervenciones programadas las cuales entran por su propio pie al hospital, aunque también pueden ser traslados de un hospital a otro o algún enfermo de urgencia que tenga que ingresar o directamente ser intervenido de urgencia. En cualquiera de esos casos el celador será el responsable del traslado del enfermo ya sea a su habitación como directamente al quirófano si la situación realmente es necesaria.

Dentro de las operaciones programadas el celador este tipo de enfermos suelen ejecutarse una radiografía de tórax previa a la intervención que se podrá hacer antes del ingreso o trasladarlo al área de radiología una vez que ha ingresado. Aparte de esto, el equipo de enfermería y auxiliares tendrán que ejecutarle una serie de pruebas previas a la intervención en la cuales el celador puede ayudar a la movilización del enfermo si se requiere, así como al desplazamiento de este tipo de pruebas o muestras al laboratorio o donde corresponda.

El día de la intervención, el celador cuando tenga orden del personal de quirófano ira a planta a por el enfermo y lo subirá al área de intervenciones quirúrgicas junto con su historial médico y siempre avisando en planta del traslado de ese enfermo por si no estuviera preparado para la realización de la intervención.

Una vez en el quirófano y siguiendo las instrucciones tanto del cirujano como del personal de enfermería, el celador procederá a colocar al enfermo en la mesa de

quirófano y le pondrá brazaes, el arco o cualquier tipo de accesorios de la mesa que le digan que se va a utilizar.

El celador tiene la obligación de conocer el funcionamiento de la mesa de quirófano, así como de cómo poner y quitar todos los accesorios necesarios. Durante la intervención también será responsable del traslado del aparataje que el personal quirúrgico crea necesario o del traslado a laboratorio para la recogida de bolsas de sangre, plaquetas o plasma si se tuvieran que utilizar.

Durante la operación, si hubiera que movilizar al enfermo también con ayuda del personal, el celador tendría que ejecutar esa función. Una vez está terminada la operación el celador deberá pasar al enfermo de la mesa del quirófano a una cama o camilla al enfermo y de allí trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Será suya la responsabilidad de llevar al enfermo junto con su historial médico y dejarlo en UCI en condiciones para que el personal de esa área pueda recibirlo y poder ejecutar las funciones que sean necesarias.

Normalmente, al poco tiempo de estabilizar al enfermo se le ejecutará una radiografía portátil, donde el celador será el encargado de llevar el portátil de rayos a la uci y ayudar en la movilización del enfermo para la realización de la prueba.

El celador que esté en la UCI durante los siguientes días, ayudará en el aseo del enfermo y una vez esté extubado y estabilizado y siempre por orden facultativa se procederá a levantarlo de la cama y sentarlo en una silla con cuidado de todos los sueros, cables de monitorización y drenajes que lleva el enfermo.

Con el paso de los días y dependiendo de su evolución se procederá a bajar al enfermo a planta. Cuando se lo ordenen, el celador deberá ejecutar este traslado a su habitación en silla de ruedas o en cama dependiendo de lo que le digan.

Una vez en planta cada día y si el enfermo lo necesita, el celador deberá ayudar en el aseo del enfermo, así como en los cambios posturales del mismo o ayudarlo a sentar y volverse a tumbar cada día.

Aparte de esto, lo normal es que estos enfermos sean trasladados para la realización de una radiografía de tórax cada día para ver su evolución.

Una vez el personal médico crea necesaria el alta hospitalaria del enfermo, el celador si hace falta acompañara hasta la salida al enfermo o ejecutará este trayecto en silla de ruedas si el enfermo no es válido para andar por su propio pie.

De forma general vemos como el celador tiene una labor importante en cada área por las que pasa un enfermo que se va a someter a una intervención cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir y con ello hacer una reivindicación del trabajo del celador en un hospital, el cual, está infravalorado laboralmente al no ser considerado como personal sanitario. En este capítulo sobre un enfermo cardiovascular podemos observar la importante labor del celador y como está implicado en todos los procesos por los que pasa este tipo de enfermo en el hospital, desde su traslado en el ingreso, su trabajo en el quirófano, UCI o los traslados para la realización de las pruebas pertinentes tanto antes como después de la intervención. Todo este resumen de funciones del celador lo hemos realizado de manera general y basándonos en la forma de trabajo del hospital en el cual trabajamos, lo cual no quiere decir que en otros hospitales se trabaje de otra forma o incluso los celadores puedan tener tipo de funciones que en otros centros no tengan.

6 Bibliografía

1. <https://www.medijimar.com/ejecutar-cirugia-cardiovascular/>.
2. <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/informacion-general-sobre-cirugia-cardiovascular>.

Capítulo 207

EL CELADOR EN AMBULANCIAS

YOLANDA BRUCES SANCHEZ

VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA

ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ

NOELIA IGLESIAS SILVA

DAVID CESPEDES MARTÍN

1 Introducción

La figura del celador en la ambulancia aparece en el artículo 14.2.12 del Estatuto de Personal No Sanitario, donde dice que: los celadores “tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias”.

En el Servicio de Urgencia y en las Ambulancias, debe ir un Celador cuya misión será bajar en camilla o silla a los enfermos desde el piso a la Ambulancia. Durante este transporte debe ir junto al enfermo en el asiento que existe en toda ambulancia y avisar al personal Técnico Titulado de cualquier anomalía que observe en el paciente.

El transporte sanitario es aquel que se realiza para el desplazamiento de personas enfermas, accidentadas o por otra razón sanitaria y es una prestación complementaria del Sistema Nacional de Salud.

El transporte será realizado por vehículos especialmente acondicionados para el desplazamiento de personas enfermas, accidentadas o por otra razón sanitaria.

Estos enfermos pueden ir en camilla y pueden estar dotadas o no de equipamientos que permitan medidas asistenciales.

Las ambulancias deberán estar dotadas en todo momento de al menos un conductor-celador y si el servicio lo requiere, de otra persona con funciones de ayudante y la misma cualificación.

2 Objetivos

Exponer los requisitos para llegar a ser celador de ambulancias y conocer en profundidad las funciones que desarrollan los celadores de ambulancias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado 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 ambulancia”.

4 Resultados

En el antiguo estatuto de Personal No sanitario, se establecía que los celadores “tendrán a su cargo el traslado de enfermos, tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias”. Las tareas concretas que el celador debe realizar con relación a las ambulancias son:

- Trasladar a los pacientes en camilla o carro desde el centro sanitario hasta la puerta de acceso de la ambulancia o viceversa.
- Pasar al paciente desde la camilla del hospital hasta la camilla de la ambulancia (en colaboración con otros profesionales), y la maniobra inversa.
- Ayudar al paciente a introducirse en la ambulancia, en caso de que éste no vaya en camilla, sino en carro o por sus propios medios.
- Ayudar al conductor de la ambulancia, en caso de dificultad de la maniobra de introducción o salida de la camilla en la ambulancia.
- Acompañar al paciente durante el traslado en la ambulancia si es requerido. Dentro de la ambulancia ayudará al personal sanitario en las mismas tareas que le correspondan respecto a los pacientes encamados en el hospital, como por ejemplo mover a los pacientes que lo necesiten.

El celador, como miembro del equipo que traslada al paciente, debe colaborar en:

- Dar cierta información al paciente o responsable (motivo del traslado, centro receptor, medio de transporte).
- Preparación del informe y documentación clínica para el centro receptor.
- Colaboración en la movilización y preparación.
- Respetar la intimidad del paciente.
- Cuidarse de hacer comentarios.

El celador de transporte sanitario, ante una situación de emergencia debería:

- Reconocer la naturaleza de la lesión o enfermedad.
- Evaluar su gravedad.
- Responder ante la emergencia vital realizando maniobras de soporte vital básico.
- Movilizar al paciente con seguridad y rapidez.
- Evitar al paciente lesiones sobreañadidas.
- En situaciones de emergencia respiratoria: abrir y mantener permeable la vía aérea, procurar ventilación y oxigenación, manejo del ambú y la mascarilla y respiración boca a boca.

5 Discusión-Conclusión

Una vez vistas las funciones del celador en la ambulancia, podemos concluir y decir, que es una pieza clave dentro del equipo, tanto por las labores que le son propias, como en aquellas otras en las que es colaborador, facilitando una mejor atención sanitaria y mejorando la imagen que los usuarios de los servicios de salud tienen del servicio que se les proporciona.

Con su formación y preparación, trabajaran de manera coordinada con los médicos, enfermeros y auxiliares para que los pacientes reciban una mejor atención. El celador de ambulancia, es el encargado de apoyar a los servicios de ambulancia y urgencias.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Pubmed.
5. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm#marc08.
6. <https://enfermeria.top/apuntes/celador/tipos-de-celadores/#celador-en-ambulancias>.

Capítulo 208

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

YOLANDA BRUCES SANCHEZ

VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA

ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ

NOELIA IGLESIAS SILVA

DAVID CESPEDES MARTÍN

1 Introducción

El quirófano es una sala en la que se realizan cirugías, pero también se solucionan las complicaciones que puedan surgir durante la intervención, normalmente suele estar ubicado cerca de los servicios de UVI, reanimación y urgencias, ya que necesita estar comunicado con ellos. Deben de tener a la entrada carteles que muestren que es una zona quirúrgica y prohibir el paso a todas las personas ajenas, es una zona restringida.

La limpieza de los quirófanos debe de ser muy estricta, se realiza varias veces al día, entre cada paciente con protocolos de higiene y también se debe de realizar una limpieza a todos los huecos que formen la zona quirúrgica como son los vestuarios, los despachos, los almacenes y los pasillos.

En el quirófano, todo el personal sanitario y no sanitario, tiene que tener claro cuál es su papel y qué debe hacer en cada momento de la intervención. También los celadores deben conocer su labor dentro del quirófano y saber qué le van a

mandar que haga de antemano para poder actuar con la rapidez necesarias, para ello es necesario saber todas las posiciones anatómicas. El personal que están en la zona de quirófanos debe de ir con la vestimenta propia: pijama de dos piezas de color verde limpio y esterilizado, con mascarilla que debe de cubrir desde la nariz hasta el mentón y guantes.

2 Objetivos

Los principales objetivos son saber cuál son las funciones del celador dentro de un quirófano y las medidas higiénicas que tiene que tener tanto ellos como todo el personal sanitario.

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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo.

4 Resultados

El celador tiene que conocer las diferentes posiciones en las que hay que colocar al paciente para cada una de las intervenciones, al igual que estar familiarizado con todos los soportes que se ponen en la mesa quirúrgica como pueden ser apoya brazos, alargaderas y perneras.

Las principales funciones del celador en el quirófano son:

- Traslado del paciente desde la planta, urgencias; hasta el quirófano.
- Llevar junto al paciente la historia clínica.
- Colocar la mesa de operaciones en posición correcta para la intervención.
- Pasar al paciente a la camilla y luego a la mesa quirúrgica.
- Ayudar al anestesta a la hora de poner la anestesia colocando al paciente en posición correcto dependiendo si es una anestesia general y epidural.
- Ayudar a colocar las sujeciones que precise el paciente.
- Ayudar a la hora de pintar la parte del cuerpo del paciente que va a ser operada.
- Llevar para analizar a los laboratorios las biopsias, analíticas; que surjan en las operaciones.
- Traslado de cualquier aparato como puede ser los aparatos de RX y ecógrafo.

- En caso de una amputación el celador llevará el miembro amputado al mortuario.
- En caso de un éxitus en quirófano, lo trasladará el cadáver a mortuorio.
- Cuando finalice la intervención el celador pasará al paciente de la mesa del quirófano a la camilla y luego a su cama.
- Asegurarse que en el traslado del paciente lleva bien y no tropieza en ningún sitio, las balas de oxígeno, redones y bolsas de diuresis.
- Traslado del paciente a su habitación, a reanimación., despertar o Uci. Suele ir acompañado también con el anestesista.
- Mover la mesa de quirófano para que el personal de limpieza pueda hacerlo por todos los sitios en profundidad, después se colocara en su sitio.

Las principales posiciones de colocación en el quirófano son: posición decúbito prono, posición supina: posición litotomía, posición trendelemburg, posición trendelemburg invertida, posición en mesa ortopédica, posición de kraske, posición de laminectomía y posición craneotomía.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del celador tienen que estar muy claras antes de comenzar la intervención, será el equipo sanitario quien le de las directrices de cada paciente y de cada operación, ellos lo harán lo más rápido posible las órdenes y velaran porque se haga de la manera más eficiente y cómoda. Los traslados desde la habitación al quirófano y del quirófano a la habitación son responsabilidad del celador de planta. El celador durante la intervención debe de permanecer en el antequirófano por si en cualquier momento lo necesitaran dentro del quirófano. La colocación del paciente y el material que se usen en cada intervención puede variar dependiendo del criterio del cirujano y de la técnica que use.

6 Bibliografía

1. <https://www.cgtsanidadlpa.org>.
2. www.scielo.org.

Capítulo 209

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA

YOLANDA BRUCES SANCHEZ

VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA

ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ

NOELIA IGLESIAS SILVA

DAVID CESPEDES MARTÍN

1 Introducción

El servicio de lencería suele ser un servicio muy poco valorado y cuya misión básica es la hospitalaria y el lavado de ropa entra en su escala más baja, muy semejante al de la limpieza.

La infraestructura propia del local, la naturaleza de sus bienes hace con frecuencia imposible el que se empleen métodos eficaces de desinfección para el tratamiento del lavado de ropa.

El servicio de lencería en un hospital debe estar disponible en todo momento tanto para el profesional como para el paciente y contar con almacenamiento suficiente para suministrar a todo el hospital.

En los hospitales hay lavandería y plancha, estos servicios han quedado privatizados exceptuando algunos hospitales de Castilla- LA Mancha como Albacete o Manzanares, que tras un estudio resulta que es más rentable mantenerlos abier-

tos que cerrados, son servicios independientes cada uno tiene su propio personal no sanitario.

Las lavanderías hospitalarias se clasifican de acuerdo al servicio que prestan y al modelo de gestión.

- Lavandería Institucional: satisface solamente las necesidades de su centro.
- Lavandería Semicentralizada: es la que trabaja para varios centros hospitalarios.
- Lavandería Centralizada: es la que trabaja para varios centros hospitalarios y posee gestión propia como centro de gastos.

En cuanto a sus costos, suelen ser elevados debido a su gran dotación de plantilla.

2 Objetivos

Exponer la importancia y las funciones del celador en el servicio de lencería del centro hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda extensa basada en una revisión bibliográfica empleando diferentes bases de datos necesarios para este capítulo, como congreso virtual SICEPA y el buscador académico Google. También las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El celador en el servicio de lencería es el que recibe la ropa limpia en carros, son suyos propios del hospital o de las propias lavanderas que han sido contratadas. A primera hora el celador recibe las mantas, almohadas, sabanas, almohadones, cubre colchones, colchas, pijamas, camisones, uniformes de los trabajadores (blancos, verdes y azules).

El celador lo va sacando de los carros y lo coloca todo encima de las mesas y lo colocara en sus correspondientes estanterías. (Los uniformes de los trabajadores son de color blanco, exceptuando los de quirófano o la UCI que son de color verde o azul). En lencería también se reciben los uniformes del personal de mantenimiento y almacén.

Cuando el trabajador lleva más de un año se le asigna ropa propia; Esta ropa se le entregara con la inicial o el nombre y apellido de cada trabajador. Además del

nombre de los trabajadores, también deben de tener el servicio que realiza por ejemplo: quirófano.

El personal que no dispone de un contrato de larga duración, se le asigna un traje de sustitución, pero dicho traje no tendrá ni su nombre ni su categoría y una vez haya finalizado el contrato tendrán que devolverlos.

El celador encargado de lencería prepara todos los carros con la ropa limpia para todos los servicios del hospital, y a continuación los reparte cada uno a su servicio. En el aspecto económico, al no poseer medios de análisis y control, ni personal técnico titulado, los procesos que se emplean en el lavado de ropa pueden presentar características químicas que son agresivas para la ropa.

Con lo cual la vida de la ropa suele ser corta por destrozarse los tejidos. Las lavanderías propias hospitalarias suelen ser mucho más efectivas.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de lencería está encargado de satisfacer a todo el hospital tanto a pacientes como al profesional. Ambos servicios, tanto el de lavandería como el de lencería, es muy importante que tengan una muy buena organización, ya que de ella depende el buen suministro del hospital.

También se deben de tener en cuenta los horarios de lencería, ya que los sábados están solamente hasta las 15:00 y los domingos no abren. Aunque si los celadores tienen una llave para poder abrir.

En algunos hospitales en los quirófanos y en las UCIS disponen máquinas para los trajes azules y verdes (tanto para los limpios como para los sucios) el personal dispondrá de una tarjeta con su nombre y talla; Cuando pasen la tarjeta la máquina le dará el traje.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org

<https://congresosicepa.com/celador-servicio-lenceria-hospital/#::text=El%20celador%20en%20el%20servicio%20de%20lencer%C3%ADa%20es%20el%20que,o%20de%20lavander%C3%ADas%20externas%20contratadas.>

Capítulo 210

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO Y LAS BARRERAS DE COMUNICACIÓN

FRANCISCA LÓPEZ LARA

ROSARIO TOLEDO CAMPOS

MACARENA GIL FERNANDEZ

MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA

MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

El trabajo realizado por los auxiliares administrativos se asienta en la comunicación, no sólo en la relación diaria con los usuarios del servicio, sino también entra relación con otros compañeros y superiores. El día a día implica que la comunicación debe de ser fluida para que el trabajo se pueda llevar a cabo de manera correcta.

En el trato con los usuarios es importante tanto para comprender correctamente los mensajes recibidos, como saber poder comunicar los propios: sólo de esa manera se podrán satisfacer las demandas del usuario así como comunicar correctamente la información que el servicio debe trasladarles. Errores en la comunicación pueden conllevar malentendidos que supongan un perjuicio para los usuarios, cosa que cobra más importancia si cabe en un servicio de salud.

De igual manera, si la comunicación entre compañeros y superiores es deficiente, más allá del posible perjuicio a los usuarios del servicio, también pone en peligro la productividad del grupo de trabajo y su eficacia, produciendo duplicidades, acumulación de trabajo y un ambiente de trabajo negativo.

Por todo ello cobra especial importancia el análisis de la barreras de comunicación, de tal manera que conocerlas nos permita enfrentarnos a situaciones comunicativas “opacas” ante las que estar alerta, para que última instancia el contenido del mensaje sea compartido correctamente entre emisores y receptores.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son las barreras de la comunicación más importantes.
- Establecer estrategias que sirvan para poder superar las barreras de comunicación.

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

A continuación se procede a enumerar las barreras comunicativas más reseñables a tener en cuenta:

Físicas: son aquellas barreras que no dependen de emisor y receptor, sino que dependen del medio físico a través del que se lleva a cabo la comunicación. Puede ser el ruido, una deficiente iluminación, problemas de conexión en una videollamada.

Fisiológicas: son aquellas barreras que pueden dificultar la emisión, la recepción o la comprensión de un mensaje, causadas por problemas de salud innatos o adquiridos.

Semánticas: son aquellas barreras que surgen cuando el lenguaje (idioma) no es compartido entre emisor y receptor, o cuando compartiendo el mismo lenguaje,

la interpretación que se da a las palabras es distinta entre uno y otro.

Psicológicas: son aquellas barreras que condicionan el mensaje y su interpretación debido a la situación emocional o personalidad de receptor y emisor.

También depende de la respuesta emocional que cause el mismo mensaje, y el prejuicio entre emisor y receptor.

Barreras socioculturales: que serían las producidas por las diferencias socioculturales de emisor y receptor, como nivel educativo, nivel económico y religión.

Por otro lado las estrategias más adecuadas para superar las barreras comunicativas serían las siguientes:

1. Adecuar el mensaje que se quiere transmitir a las posibilidades de comprensión del receptor.
2. Utilizar términos claros y concisos y evitar aquellas expresiones que dificulten la comprensión, como términos muy científicos.
3. Que la comunicación verbal y la no verbal se acompañen congruentemente.
4. Tener empatía con el interlocutor.
5. Hacer uso de la escucha activa.
6. Hacer uso del feedback para asentar la comprensión del mensaje y solventar dudas de interpretación.
7. Intentar evitar en la medida de lo posible las barreras físicas del lugar donde se lleva a cabo la comunicación.
8. Controlar las emociones que surjan durante la conversación, sobre todo las producidas por prejuicios hacia el interlocutor.

5 Discusión-Conclusión

El día a día del auxiliar administrativo, sobre todo en servicios de alta demanda por parte de los usuarios, como atención primaria en un servicio de salud, está plagada de situaciones en las que la comunicación con los usuarios se dificulta por las barreras de comunicación que hemos comentado anteriormente. Las barreras físicas se han acentuado durante esta pandemia con el uso de mascarillas y de pantallas, haciendo muy complicada la comunicación y comprensión entre administrativos y usuarios, y han venido a sumar la dificultad de la labor al resto de barreras, que siempre han estado presentes.

En los últimos tiempos, debido al desgaste psicológico de la pandemia así como la salutación del servicio, los prejuicios entre usuarios y administrativos también se están incrementando, produciendo momentos en los que la comunicación se basa más en las barreras que en la propia intención comunicativa. Es imperioso, por tanto, que el administrativo redoble su esfuerzo poniendo en práctica estrategias

que puedan minimizar en la medida de lo posible tales situaciones en las que la comunicación falla y llevarla al camino de la comprensión, el feedback y el respeto mutuo.

6 Bibliografía

1. Hernández, S. L. Habilidades de la comunicación. Barreras de la comunicación. Instituto de Ciencias Económico Administrativas. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
2. Gibson, J.L.; Ivancevich, J.M.; Donnelly, J.H. (1994) Las organizaciones. Comportamiento, estructura y procesos. México: Addison-Wesley Iberoamericana.
3. Blanco, C.; Lobato, F. Comunicación empresarial y atención al cliente. Madrid: Macmillan Profesional.
4. Maldonado, H. Manual de comunicación oral. México: Pearson Educación.

Capítulo 211

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE INFORMACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

FRANCISCA LÓPEZ LARA

ROSARIO TOLEDO CAMPOS

MACARENA GIL FERNANDEZ

MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA

MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

Cuando un usuario del sistema de salud obtiene asistencia sanitaria, adquiere el derecho a que se recoja documentalmente todo el proceso de asistencia recibido. Así queda patente en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la cual establece la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La finalidad de la Ley no es otra que estipular y aclarar los derechos y deberes de los pacientes, profesionales sanitarios, así como de los establecimientos sanitarios.

ios, en materia de libertad del paciente en cuestiones relativas a la información y documentación clínica.

En este proceso el auxiliar administrativo del servicio de documentación clínica es la persona encargada de gestionar toda la información clínica generada por los diferentes especialistas sanitarios que atendieron a un posible paciente, con independencia del centro sanitario en el que sea atendido.

El auxiliar administrativo organiza toda la documentación clínica recibida en una sola historia clínica del paciente. Gestionando y actualizando los documentos generados. Facilitando y garantizándole el derecho a la información sanitaria que conste en su historia, así como la confidencialidad de la misma.

La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma clara y será adecuada a sus necesidades. (Art.4.2)

2 Objetivos

- Describir la misión realizada por el auxiliar administrativo dentro de nuestro sistema sanitario y en concreto en el servicio de documentación clínica.
- Detallar el contenido mínimo de la Historia Clínica de un usuario de nuestro sistema de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

En nuestro nacimiento o bien cuando asistimos por vez primera al médico por una enfermedad o control de salud en cualquier centro de atención hospitalaria o centro de salud, generamos nuestro primer informe médico y como consecuencia comienza nuestra propia Historia Clínica.

Como resultado obtenemos un documento único y personal, el cual tanto legal como deontológicamente es un derecho del paciente. La Historia Clínica es una

herramienta de la medicina legal que permite garantizar una asistencia adecuada al enfermo. Siendo fundamental para los profesionales asistenciales facilitándoles el diagnóstico y por consiguiente una adecuada asistencia.

Para esto se dispone de diferentes recursos técnicos en cada Centro Hospitalario que garantizan el acceso a la Historia Clínica por parte del paciente y de los profesionales que le prestan la debida asistencia. Ya que sin ella sería imposible tener una visión completa de sus antecedentes médicos.

Además de lo señalado anteriormente, la Historia Clínica puede usarse con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, investigación o docencia. En estos casos es de aplicación la legislación vigente de Protección de datos y la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso.

El acceso a la historia clínica impone resguardar los datos personales del usuario, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, con la excepción de que el propio paciente consienta.

El auxiliar administrativo y demás personal administrativo o sanitario, sólo accederá a los datos de una historia clínica por motivos laborales en el desempeño de sus funciones. Manteniendo siempre la confidencialidad. Cada centro dentro de sus competencias dictara el método de registro de quien accede a una Historia Clínica y el motivo del mismo.

La historia clínica incluirá toda la información que se considere sobre el estado de salud del paciente. Atendiendo a criterios de unidad e integración.

El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

- Documentación relativa a la hoja clínico estadística.
- Autorización de ingreso.
- Las órdenes médicas.
- Documentos interconsulta.

Y los siguientes informes:

- Urgencias.
- Anamnesis y la exploración física.
- De evolución.
- De exploraciones complementarias.
- El consentimiento informado.
- De anestesia.
- De quirófano o de registro del parto.
- De anatomía patológica.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.

- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- Y el clínico de alta.

5 Discusión-Conclusión

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios creen y generen una Historia Clínica, estableciendo un mecanismo de custodia activa y diligente de estas historias clínicas.

Esta protección permitirá la recogida de datos e informes, la creación de las historias, la incorporación de nuevos informes médicos, el rescate de los préstamos realizados y la comunicación. Garantizando en todos los procesos el acceso del paciente a su propia historia, el cual tiene el derecho de acceso a su documentación clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella.

En la mayor parte de los centros hospitalarios la realización de esta gestión se encuentra en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC). Realizado en su mayor parte por Auxiliares Administrativos.

6 Bibliografía

1. 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.
2. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
3. Real Decreto 1093/2012 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el sistema sanitario.
4. Saludinforma- documentación clínica.

Capítulo 212

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CUSTODIA Y LA CONSERVACION DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PACIENTE. PROCESOS Y ACCIONES

FRANCISCA LÓPEZ LARA

ROSARIO TOLEDO CAMPOS

MACARENA GIL FERNANDEZ

MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA

MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

Cuando acudimos al médico sea cual fuere el centro de atención sanitaria al que acudimos, generamos una serie de informes médicos que se ordenan y guardan a lo largo del tiempo.

Toda la documentación que se genera en nuestra asistencia se guarda en nuestra propia historia clínica, la cual es única y personal. Siendo un derecho básico del paciente.

La Historia Clínica es el instrumento que permite garantizar una asistencia adecuada al paciente. Siendo fundamental para los profesionales asistenciales facilitándoles el diagnóstico y por consiguiente una adecuada asistencia.

Para esto se dispone de diferentes recursos técnicos en cada Centro Hospitalario que garantizan el acceso a la Historia Clínica por parte del paciente y de los profesionales que le prestan la debida asistencia. Ya que sin ella sería imposible tener una imagen completa del paciente.

El archivo de Historias Clínicas, es el lugar donde el servicio de archivo conserva y guarda todo el material generado durante los procesos asistenciales. Indistintamente del sistema utilizado en su creación.

Este servicio está a cargo del auxiliar administrativo el cual es el responsable de la conservación y custodia de las historias clínicas creadas en los diferentes centros asistenciales.

Este servicio recepciona y autoriza los diferentes préstamos efectuados a las áreas médicas que así lo soliciten dentro de su relación profesional.

Los Auxiliares Administrativos son los profesionales que autorizan y prestan la documentación clínica manteniendo actualizada su localización, asegurando la disponibilidad y velando por su confidencialidad.

2 Objetivos

Exponer las diferentes actuaciones realizadas por el Auxiliar Administrativo en el servicio de archivo para la conservación y administración de todo el material generado en una asistencia independientemente del soporte utilizado.

3 Metodología

Para elaborar la presente publicación, se realizan diferentes búsquedas en las principales bases de datos como pueden ser Google académico, etc. También se revisa bibliografía de textos administrativos de diferentes publicaciones, consultando y seleccionando diferentes artículos pudiendo realizar de este modo una visión generalizada de este servicio.

4 Resultados

El servicio de archivo se encarga de organizar y optimizar los diferentes procesos de toda aquella documentación clínica generada.

Las diferentes funciones para su desempeño se establecen mediante reglamento interno del centro y manual de procedimientos.

En este Servicio se realizan diferentes funciones, siendo las más relevantes las que se detallan a continuación.

- Recepción de expedientes y documentos. Como esto entendemos la apertura de nuevos expedientes, atendiendo a su filiación para su posterior clasificación dentro del archivo. Ordenando los diferentes documentos que lo integran.
 - Custodiar las historias clínicas. El art. 17.1 de la Ley 41/2002 indica que, por lo general, los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso. En España, la conservación de estas varía según cada Comunidad Autónoma. En el Principado de Asturias es como mínimo 5 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial o desde el fallecimiento del paciente, con las excepciones que indique la ley. Decreto 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica. Boletín Oficial del Principado de Asturias:
 - Préstamo y recepción de las historias clínicas devueltas después de su uso y seguimiento de la documentación manteniendo un registro del servicio al que fueron prestadas. Operación que conlleva una salida temporal (préstamo) de los documentos. El Auxiliar administrativo organiza y realiza el préstamo utilizando para esto los canales internos del propio centro o centros solicitantes. Realizándolo con la agilidad y garantizando la devolución del mismo.
 - Mantenimiento y tratamiento de la documentación clínica. Mantiene actualizada su localización, asegurando la disponibilidad y velando por su confidencialidad (Artículo 37. Responsabilidad del Decreto 51/2019, de 21 de junio):
 1. Derecho a la intimidad de los pacientes y el deber de secreto.
 2. Implantar medidas técnicas y organizativas de seguridad conforme a la legislación vigente en materia de protección de datos personales.
 3. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición, de conformidad con lo previsto en la legislación vigente en materia de protección de datos personales.
 4. La disponibilidad de la documentación clínica por el personal autorizado a acceder a ella para los fines que justifiquen el acceso.
- En el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), la adopción de dichas medidas será responsabilidad de su Dirección Gerencia.

5 Discusión-Conclusión

La función del Auxiliar Administrativo del servicio de archivo es fundamental dentro del sistema Sanitario, ya que de sus buenas y adecuadas prácticas así como de su conocimiento del Reglamento interno en cuanto se refiere a su gestión, como de las diferentes legislaciones Estatales y Provinciales en materia de custodia y protección de datos son claves para una adecuada instauración de un sistema de archivo eficaz que proteja los derechos de los pacientes y facilite la disponibilidad de la documentación clínica en todo momento y por todo el personal autorizado a ella que se encuentre implicado en un proceso asistencial desde el momento en que un usuario cruza la puerta de cualquiera de nuestros centros.

6 Bibliografía

1. 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.
2. <https://www.espaciogeo.com/>.
3. Decreto 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica. Boletín oficial del principado de Asturias.

Capítulo 213

TRABAJOS DE UN CELADOR EN EL QUIRÓFANO

ROSA MARIA CASTELLANO CUPIDO

1 Introducción

Se puede definir cirugía como una especialidad médica, que tiene como fin curar, paliar o diagnosticar enfermedades, malformaciones, traumatismos mediante intervenciones manuales o instrumentales.

El quirófano es un área dentro del hospital donde se realizan estas cirugías y está diseñado para la asistencia a enfermo quirúrgico, aquí es donde se realizan operaciones quirúrgicas.

Esta área donde existen áreas estériles y no estériles es muy compleja debido al trabajo que se realiza, así como el material y tecnología utilizada, se requiere unas condiciones de limpieza especiales para evitar una contaminación microbiana.

Los hospitales disponen de varios quirófanos, cada uno, está preparado para una cirugía específica.

El equipo quirúrgico, son todos los profesionales que se necesitan en el quirófano en un momento dado, está el equipo estéril y el equipo no estéril.

El celador forma parte del equipo de miembros no estéril y es en esta área donde desempeña funciones propias, su trabajo aquí es distinto al que lleva en el resto del hospital, ayudando al personal sanitario: cirujanos, anestesista, enfermeras, etc.

El celador en el área quirúrgica llevara una vestimenta diferente al que lleva el resto de personal del hospital, cumpliendo con las medidas de higiene establecidas y debe cambiarse el uniforme cada vez que abandone esa área. Será totalmente aséptico, de algodón, con tejido o malla fuerte para dificultar el paso de

gérmenes, además deberá usar mascarilla, gorro y guantes, en este caso no estériles.

El color del pijama será verde, azul verdoso o verde aceituna. El calzado será el específico para el quirófano o en su defecto se usarán calzas.

El celador durante la operación permanecerá en el antequirófano, por si fuese necesaria su ayuda.

2 Objetivos

Dar a conocer las principales funciones y labores que desarrollan y desempeñan los celadores en el área y área de quirúrgica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las tareas propias del celador derivadas de la actividad de quirófano son las siguientes:

- Respetará las normas internas de esta unidad, así como las referidas a la higiene personal, y en especial la importancia de una impecable asepsia.
- Deberá saber las intervenciones programadas para el día (parte quirúrgico), así como el quirófano que le corresponde para las mismas. Llevará los enfermos en orden y urgencia que le sean solicitados por quienes realizan las intervenciones.
- Trasladará al enfermo desde su habitación al quirófano y una vez intervenido, se encargará de su traslado a la sala de reanimación o al lugar donde le indiquen. Deberá comprobar la identidad del enfermo antes del traslado, que corresponde con la historia que le entrega la enfermera de la unidad.
- Ayudará a colocar, junto con el personal sanitario al enfermo en la mesa de operaciones. Primero se coloca al enfermo para ser anestesiado y cuando indique el anestesista y cirujano se procederá a la posición adecuada para la intervención.

- Se informará de los accesorios, aparatos o mobiliario para la intervención, trasladando estos dentro del quirófano. Es preciso conocer todo el aparataje especial que se puede utilizar en el quirófano.
- Ayudaran a la sujeción o movilización de los enfermos que lo requieran, por mandato de la persona responsable.
- Trasladaran los objetos, documentos, analíticas, pruebas que se realicen durante la intervención, al laboratorio, al banco de sangre, al servicio de anatomía patológica.
- Trasladaran al mortuario a los enfermos fallecidos durante la intervención. En caso de amputaciones de algún miembro también los trasladará al mortuario, siempre con la autorización del cirujano encargado de la operación.
- Esperará al cambio de turno, en el quirófano siempre habrá un celador para lo que fuera necesario.
- Nunca harán comentarios sobre las intervenciones realizadas a los enfermos o familiares, remitiendo esta consulta al facultativo correspondiente. Solo facilitará la información que sea de su competencia como celador.
- Harán los servicios de guardia que le correspondan dentro de los turnos que establezcan.
- Los celadores de quirófano auxiliaran en todas las labores que le sean propias de este servicio, así como las que le son asignadas por los médicos, supervisora y enfermeras.
- También serán misiones de este todas aquellas funciones similares a las anteriores que no hayan quedado específicamente señaladas, y que sean de su competencia.

5 Discusión-Conclusión

De acuerdo con las funciones y a las condiciones especiales que conlleva trabajar en el quirófano, es muy importante que el celador conozca la importancia de una impecable asepsia y de una correcta colocación del enfermo en la mesa quirúrgica.

También debe tener la capacidad de trabajo en equipo, puesto ya que es un área en la que es fundamental una buena comunicación y coordinación entre todos. El celador de quirófano deberá tener una formación continuada, para actualizar e incrementar los conocimientos sobre las funciones a desarrollar en el área quirúrgica con el fin de mejorar sus habilidades y actitudes, y poder desarrollar una asistencia de calidad tanto para el enfermo como para el servicio.

6 Bibliografía

1. Tema 14: Normas de actuación del celador en los quirófanos. Celadores online de Instituciones Sanitarias.
2. Manual del celador de Instituciones Sanitarias. Editorial MAD.
3. Funciones del celador en el quirófano. Escuela de Gestión Sanitaria. E.G.S.

Capítulo 214

EL ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y LOS COMETIDOS DEL CELADOR

CRISTINA SÁNCHEZ CASTAÑO

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos, también determinada y conocida también como UCI, es una de las unidades en las que la principal función es brindar un cuidado integral a los pacientes/usuarios cuya salud esta crítica y necesitan vigilancia 24 horas bajo los profesionales y equipos de la salud.

El celador de UCI forma parte del equipo de sanitarios y ejerce una gran labor al personal de la unidad.

El Celador situado en cuidados intensivos, debe estar muy bien preparado, y que la mayoría de los pacientes/usuarios padecen de una movilidad muy reducida o nula y una de sus funciones más importantes son los cambios posturales, ya que estos pacientes/usuarios requieren de un gran cuidado para que su estado actual de salud no empeore. Por ello, los celadores que están destinados en dicho servicio, igual que en el servicio de quirófano, deben tener mucho un minucioso cuidado al estado de su uniforme, teniendo que conocer la obligación de utilización de batas asépticas cuando hay contacto con algunos pacientes/usuarios con peligro de contagio, el, y todo el personal sanitario de la unidad. Dado a las especiales características que tiene la unidad de cuidados intensivos, hay que ser minucioso y mantener el silencio en la medida de lo posible.

2 Objetivos

Describir las obligaciones del celador y las medidas esgrimidas de protección utilizadas en esta unidad de cuidados intensivos durante la actual pandemia causada por Covid-19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 principales del celador, entre otras, serían:

Llevar al paciente/usuario desde el punto de partida correspondiente hasta la unidad UCI, teniendo que llevar consigo la documentación e historial médico del enfermo.

Con ayuda del sanitario correspondiente, movilizarán y trasladan al paciente/usuario a la cama en el box correspondiente. Hay que tener claro que los pacientes/usuarios ingresados en esta unidad, hay que tener más cuidados de lo normal, por ello se deben movilizar extremando al máximo la seguridad y el cuidado del paciente/usuario.

Las pautas por seguir con la pandemia actual del celador varían muy poco, a nivel profesional, en esta unidad, ya que los parámetros y protocolos de desinfección, movilidad y estructura es prácticamente igual a la hora de manipular un paciente/usuario SAV.

El celador tendrá en cuenta en todo momento el circuito del traslado del paciente/usuario, desde la unidad de cuidados intensivos, siguiendo las medidas de protección y desinfección necesarias, para evitar la posibilidad de contagios. se establece un protocolo del circuito del traslado, de la organización de los intervinientes sanitarios y no sanitarios (celadores, seguridad, etc.) y de las medidas de protección empleadas (equipo de protección individual, limpieza, etc.).

Las indicaciones del plan de acción deben interpretarse individualmente para cada paciente/usuario, y debe priorizarse el juicio clínico.

Estas recomendaciones pueden evolucionar a medida percepción de la enfermedad y la situación epidemiológica en España. Estas recomendaciones de manejo clínico no incluyen el control de exposición.

La susceptibilidad de los pacientes/usuarios ingresados en la unidad de cuidados intensivos requiere estrictas precauciones por parte de los celadores que trabajan en esta unidad.

El brote de un nuevo virus, detectado por primera vez en Wuhan (China) en diciembre de 2019, fue la causa de una nueva enfermedad conocida como Covid-19.

La situación provocada por la Covid-19 ha causado el ingreso masivo de personas infectadas en UCI. Las infecciones por coronavirus producen manifestaciones clínicas de diversa gravedad y, en casos graves, progresan a insuficiencia respiratoria llegando, por desgracia, al fallecimiento del paciente/usuario.

Las funciones de los celadores en la unidad de cuidados intensivos con paciente/usuario hospitalizados con Covid-19 y las medidas de protección que aplican se resumen a continuación:

1. Funciones y recomendaciones realizadas por el celador de la unidad de cuidados intensivos durante la pandemia de Covid-19.

Su misión es la colaboración en el reclutamiento de paciente/usuarios.

Los celadores y el equipo de la unidad corren un riesgo de exposición alto y se recomienda:

- Mascarillas quirúrgicas para los enfermos.
- Traje de aislamiento corporal (EPI), doble mascarilla, bata, guantes, protección ocular contra salpicaduras, higiene de manos, precauciones estándar de aislamiento, gotas y exposición.
- Tarea: cambios posturales, ayudar al aseo, transportar muestras y material necesario en la unidad.
- Lavarse las manos cada vez que salimos un box.
- No reutilizar las batas, calzas y gorros para entrar en otro box.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en servicio de UCI con la pandemia actual es un esfuerzo grandísimo al equipo sanitario de la unidad a la hora de manipular al paciente/usuario en tales circunstancias. Las medidas de seguridad ante estos pacientes/usuarios son de por sí muy estrictas y se elevan más las precauciones a la hora de movilizarlos. Responder a una situación de crisis relacionada con la

pandemia de Covid-19 tiene un impacto significativo en las medidas de seguridad de las funciones realizadas por los profesionales médicos y en orden. Esta condición tiene el potencial de ser emocionalmente agotadora para los profesionales de la salud, causando grandes daños tanto físicas como mentalmente a los pacientes/usuarios y profesionales.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-paciente/usuario-critico-unidad-cuidadosintensivos-covid-19/>.
2. <https://sinfsa.com/wp-content/uploads/2020/04/Curso-el-celador-en-la-UCI.pdf>
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/test/test_0511c.htm.
4. <https://revistamedica.com/celador-coronavirus/>.

Capítulo 215

PRÁCTICA DE DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO PRONO EN PACIENTES DEFINIDO POR EL CELADOR

MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN

MARIA GENOVEVA GALLEG0 TREJOS

VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN

ROSA MARIA PLAZA GOMEZ

ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES

1 Introducción

Estos movimientos son los que el personal Técnico en Cuidados auxiliares de enfermería ejecuta en muchas ocasiones a la hora de la asistencia en los cuidados y asistencia del paciente en colaboración conjunta con personal de celadores principalmente.

En el posicionamiento del paciente, nos podemos encontrar con diferentes tipologías de movimientos que les podemos aplicar a los pacientes y siempre va a depender de las características y del tramo del desplazamiento. Los más utilizados son:

Las vueltas y los giros, con respecto a las vueltas serán estas, el objetivo de la descripción en este texto, además están los levantamientos y descensos, los enderezamientos, los traslados a otras dependencias del centro o las elevaciones con grúa entre otros.

Y es destacable y se debe estar informado, siempre antes de poner en práctica, estas técnicas de movilización y que va a depender la forma en las que las tengamos que ejecutar, dependiendo del tipo de paciente que tengamos que tratar, los cuales se distinguen en dos tipologías principales:

- Paciente que no puede colaborar. Será el paciente que, por su enfermedad, particularidades o patología, discapacidad o recomendación médica, no puede colaborar con el personal que le va a atender.
- Paciente que si puede colaborar. Será el paciente nos puede ayudar y colaborar con sus movimientos.

En este artículo nos vamos a centrar en ver cómo aplicar la técnica de las vueltas. Si ejecutamos la descripción en referencia Vueltas, la vuelta se practica cuando se requiere cambiar la posición tumbada del paciente, por ejemplo, cuando el paciente pasa de la posición decúbito prono a decúbito supino. La vuelta nos ayuda para los cambios posturales, hacer la cama o por supuesto el aseo.

2 Objetivos

Describir paso a paso la técnica de las vueltas del paciente, ejecutada por los celadores sanitarios y no sanitarios siempre en colaboración, dependiendo, de si el paciente puede colaborar o no, porque su enfermedad no lo permita o por recomendación médica.

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

Posicionamiento del paciente de decúbito supino a decúbito prono.

Movilización por un solo celador del paciente que va a colaborar:

- Se colocará la persona en el lateral de la cama siempre contrario al que se va a girar.

- Se le dirá que si puede proceda a la flexión del brazo próximo al celador que le ayuda y con el otro brazo se agarre al cabecero de la cama.
- El celador debe deslizar un brazo por debajo de los hombros y el otro por sus caderas.
- Coordinar con el paciente de que a la orden de moverse se realice los dos a la vez decirle que procure girar hacia el lado del brazo que tiene en el cabecero y girarle hasta la posición de decúbito prono.
- Por último, se deja al paciente bien acomodado.

Movilización de paciente no colaborador, ejecutada por dos personas:

- Se posicionarán los dos celadores de frente al paciente en el lado de la cama contrario al que se va a girar.
- Se le pedirá al paciente, que flexione el brazo distal a las personas que le están aplicando la técnica de la vuelta, colocándolo bajo su cabeza, y el otro brazo bajo su cadera, si el no pudiera lo haríamos nosotros.
- Uno de los celadores deslizará un brazo por debajo del hombro hasta el hombro contrario y el otro brazo deberá ir por debajo del pecho.
- El celador que queda, deslizará un brazo por debajo de las caderas y piernas.
- A la orden acordada y de forma conjunta se movilizará a la posición de decúbito lateral.
- A la orden acordada y de forma conjunta se girará al paciente hasta la posición de decúbito supino.
- Terminando con la acomodación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver en nuestra opinión es de suma importancia, la correcta aplicación y actualización por parte del personal sanitario y del personal de celadores, de la adecuada ejecución de estas técnicas ya sean vueltas, giros, enderezamientos, levantamientos o traslados entre muchas otras, va depender la salud física del celador en cuanto a lesiones, si se aplican correctamente, y sobre todo va a repercutir en un gran beneficio para el paciente el cual si se hacen con prontitud y eficiencia, le será más llevadero y menos traumático en cuanto a confort o percibimiento del dolor, que pueda percibir de la ejecución de estas movilizaciones.

6 Bibliografía

1. Setten, Mariano, Plotnikow, Gustavo Adrián y Accoce, Matías Decúbito prono en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]. 2016, v. 28, n. 4 [Accedido 1 Junio 2022] , pp. 452-462. Disponible en: <<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160066>>. Epub 01 Dic 2016. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160066>.
2. http://ciapat.org/biblioteca/pdf/855-Tecnicas_de_movilizacion_de_pacientes_para_la_preencion_de_lesiones_dorsolumbares.pdf.
3. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm>.
4. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/movilizacion-en-el-paciente-encamado-objetivo-y-procedimiento/>.

Capítulo 216

LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL SANITARIA Y SUS RESIDUOS REPRESENTACIÓN POR EL CELADOR

MARIA GENOVEVA GALLEGO TREJOS

MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN

VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN

ROSA MARIA PLAZA GOMEZ

ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES

1 Introducción

Los desechos o residuos sanitarios o de los hospitales son los que se forjan de la atención a enfermos y de la actividad sanitaria, en especial, en las instituciones sanitarias. La gran mayoría de ellos se hallan siempre potencialmente contaminados con sustancias o líquidos biológicos por haber sido utilizados en tratamientos clínicos y aunque no estuvieran contaminados se les tratara siempre como si lo estuvieran según la ley de prevención de riesgos laborales, estos desechos son los constituyentes de un grave problema de salud y de su impacto sobre la calidad de vida humana y en el medio ambiente. Los profesionales con más riesgo en el manejo de los desechos infecciosos de los hospitales son los médicos cirujanos, personal de enfermeros, los Técnicos en cuidados de enfermería, celadores y el personal de limpieza.

De los desechos generados en servicios de asistencia sanitaria, aproximadamente un 83 % son desechos generales no peligrosos asimilables a domésticos o urbanos (papel, cartón vidrio, plástico, restos de comida, etc.) y desechos sanitarios asimilables a domésticos o urbanos (restos de vendas, restos de curas, empapadores, ropa de cama, equipos de goteros, bolsas de colostomía, vacunas inactivadas, medicamentos caducados. El 17 % que resta se considera peligroso por considerarse infeccioso, tóxico o radiactivo: desechos biológicos (vacunas vivas y las atenuadas, fluidos corporales, sangre y hemoderivados de enfermos infecciosos, restos anatómicos, material punzante o cortante, etc.), desechos de medicamentos, como pueden ser los restos de medicamentos de los ciclos de quimioterapia y equipos de quimioterapia, desechos químicos (disolventes halogenados, ácidos, mercurio, etc.) y desechos radiactivos.

Gran parte de los desechos sanitarios se incineran, lo que puede dar lugar a la emisión al medio ambiente de contaminantes tóxicos y patógenos.

2 Objetivos

Ver los procedimientos para dar a los desechos el tratamiento adecuado, de eliminación, siempre ateniendo que no afecte a persona o medio ambiente, se expondrán las pautas sobre la normativa para el control de todos estos desechos, tanto en volumen, peligrosidad y su posterior eliminación.

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

Si la gestión de eliminación fuera ineficaz, esto derivaría en graves perjuicios para la salud de las personas y la degeneración del medio ambiente, para ello se debe crear políticas responsables en normas de bioseguridad para la gestión de los desechos y su correcta clasificación. Deben instaurarse normas para eliminar

la gran carga de morbilidad derivada de la mala práctica, incluida la exposición a sustancias tóxicas y agentes infecciosos.

Debe implantarse un sistema de carácter universal e integral, para lograr mejorar a medio y largo plazo una mejora en la gestión de los desechos en sanidad. Métodos de gestión inocuos y seguros para el medio ambiente, con la finalidad de proteger a las personas expuestas del peligro en la recogida, manipulación, almacenaje, transporte, eliminación y tratamiento de los desechos. Deben crearse más directrices y más ayudas de parte de los ministerios, para su posterior implantación, sobre todo de las comunidades autónomas y de las gestiones de los organismos públicos hasta los ayuntamientos del concepto de reciclaje de desechos en cuanto a la disminución, a su posterior, reutilización, fomentar y ayudar a las plantas de reciclado y la valorización con el fin de generar el mínimo de desechos, estas son las claves principales en cuanto a su posterior eliminación y tratamiento de toda clase de desechos y así poder facilitar a los ciudadanos en general y a las instituciones sanitarias en particular la fácil y eficaz eliminación. Esta sería la clasificación:

- No peligrosos, grupo 1 y grupo 2, desechos generales asimilables a domésticos.
- Peligrosos, grupo 3, desechos peligrosos sanitarios, divididos en:
 - 1: Desechos biológicos.
 2. Desechos de medicamentos citotóxicos y isostáticos.
 3. Desechos químicos.
- El grupo 4: los desechos peligrosos no sanitarios.
- El grupo 5: los desechos radioactivos.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a los principales riesgos, se sitúa en la manipulación de los desechos en su carga y descarga. Así como en el transporte, se deberán tomar todas medidas y precauciones que requieran de su manejo. La separación de los desechos se hará a partir de las reglas y directrices establecidos en la clasificación de desechos. De vital importancia es la formación y actualización del personal para desempeñar esta misión. Cada unidad de trabajo se ha de instaurar los criterios de utilización y eliminación dependiendo de su actividad. Infecciosos, agujas y materiales punzantes y cortantes, cultivos y reservas de agentes infecciosos, infecciosos de animales, vacunas atenuadas y vivas, fluidos corporales sangre y hemoderivados en forma líquida, desechos anatómicos (restos quirúrgicos, placentas tumores, etc.).

6 Bibliografía

1. Hevia Mosquera M; Tolivia Fernández J.C.; Menéndez García M.I.; López Rodríguez Y.; García Rodríguez M.; Fernández Llera A.
2. Llorente Álvarez Susana, Arcos González Pedro, González Estrada Rafael. Evaluación de la gestión hospitalaria de residuos sanitarios en el Principado de Asturias. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Mar [citado 2022 Jun 01]; 71(2): 189-199. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200010&lng=es.
3. <https://geaccenpat.wixsite.com/geac/integrantes?lightbox=c8o9>.

Capítulo 217

LOS DIVERSOS CAMBIOS EN HOSTILIDAD DEL PACIENTE CON ALTERACIONES MENTALES POR EL CELADOR

VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN

MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN

MARIA GENOVEVA GALLEG0 TREJOS

ROSA MARIA PLAZA GOMEZ

ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES

1 Introducción

Según referencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición de salud, la representa no sólo como la ausencia de las enfermedades físicas, si no como un estado de bienestar físico, psíquico y mental. Así pues, no es posible tener una buena salud sin tener en cuenta la correcta y adecuada salud mental. Con la aprobación de la Ley General de Sanidad en el año 1986, (Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad), se toma en cuenta al usuario con patologías mentales como paciente y por tanto un Paciente/usuario más que precisa de servicios sociales y sanitarios en igualdad con el resto de los pacientes. Por ello, las instituciones sanitarias estarán dotadas con unidades especiales de hospitalización para el tratamiento y control de los pacientes mentales que así lo precisen.

Lo que se pretende con los objetivos y la finalidad de esta Ley, es que aparte de reconocer al paciente mental dentro de la sociedad, es incorporar a estos pacientes dentro de Sistema Sanitario, y por eso se emprende a crear hospitales de día, centros especializados de salud mental, así como unidades de hospitalización, y fomentar la eliminación de lo que conocíamos antiguamente como manicomios, que eran centros en los cuales se recluía a estos pacientes para mantenerlos apartados de la sociedad.

2 Objetivos

Describir las denominadas fases de hostilidad por la que el paciente pasa y que van elevándose llegando incluso a la agresividad, por ello veremos los signos que nos puedan ayudar a ver y a anticiparnos ante una situación de emergencia.

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, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando un paciente se halla en un estado de mucha agresividad o nerviosismo, el celador deberá auxiliar al equipo sanitario en la contención del paciente, y para poder ejecutarlo y además de manera eficaz debemos saber primero las denominadas Fases de Hostilidad por la que pasa el paciente que vienen descritas como:

1. Fase racional. Los pacientes están abiertos y demuestran querer razonar la mayoría de ellos, por lo que se debe intentar primero hablar con ellos, discrepando de forma apacible y tranquila el problema, y con ello poder resolver la controversia con palabras, hablándole con mucha calma y seguridad e intentando convencerle de que se tranquilice.
2. Fase sólida. En esta fase, se debe buscar la chispa o el detonante que provoca que el paciente este enfadado e intentar que no vaya a más y que llegue a un

estado de agitación elevado. El paciente no razona o no es capaz, por lo que no intentaremos calmarlo hablando. La opción más adecuada en esta fase es esgrimir la escucha activa, dejar que el paciente sea el que se exprese y hable, escuchándole con mucha calma y sobre todo paciencia.

3. Fase de enlentecimiento. La sensación de agitación y enfado no continuara si no existe otro condicionante que le siga provocando, por lo que el paciente debería ir calmándose, incluso se agotará y bajara el nivel de agitación.

4. Fase de afrontamiento. Después de estar escuchándole sin interrumpirle, se podrá intervenir, siempre desde la empatía, en ningún momento entraremos en juzgarle su actuación. Debemos hablarle con buen tono, mucha calma y tratando siempre de entenderlo. Todo ello tendrá como resultado de llegar a la fase de calma y su ira descenderá.

5. Fase de enfriamiento. Si realmente llegamos a crear una conexión, confianza y empatizamos con el paciente, este llegará a calmarse por sí solo al sentirse entendido.

6. Fase de solución. El paciente vuelve al estado inicial de su propia normalidad, y es aquí cuando se intentará ver y resolver el afrontamiento del problema, porque entonces ya estará más razonable y receptivo. Si no se logra llegar a esta fase de solución, pediremos ayuda y no seguiremos insistiendo.

5 Discusión-Conclusión

Para afrontar las fases por las que pasa un paciente en estado de agitación, llegamos a la conclusión y en nuestra opinión de la importancia que tiene la empatía con estos pacientes, utilizar la escucha activa, manifestando sentimientos e incluso recompensarle si lo creyéramos oportuno. No debemos tener dudas nunca en pedir ayuda si no somos capaces de controlar la situación, el celador que trabaja en la Unidad de Psiquiatría debe estar familiarizado y correctamente instruido con los diferentes tipos de trastornos mentales que padecen los pacientes, para poder ejecutar sus funciones con mayor eficacia. Debemos tener en cuenta, que son pacientes sensibles que requieren de un trato muy delicado ya que son muy imprevisibles a veces en sus reacciones.

6 Bibliografía

1. Mingote Adán José Carlos, Pino Cuadrado Pablo del, Huidobro Álvaro, Gutiérrez García Dolores, Miguel Peciña Isabel de, Gálvez Herrero Macarena. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento.

Med. segur. trab. [Internet]. 2007 Sep [citado 2022 Jun 04]; 53(208): 29-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300005&lng=es.

2. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. Salud Ment [revista en la Internet]. 2014 [citado 2022 Jun 04]; 37 (Suppl 1): 1-101. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001&lng=es.

3. Amarista Félix José. La violencia. Gac Méd Caracas. [Internet]. 2008 Oct [citado 2022 Jun 04]; 116(4): 273-280. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622008000400002&lng=es.

Capítulo 218

BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS PEDIÁTRICOS

LILIÁN MARTÍNEZ SUÁREZ

1 Introducción

Los primeros auxilios son la primera ayuda que se le presta al herido antes de ser atendido por el personal sanitario y ser trasladado a un centro asistencial. Deben ser realizados allí donde ocurre el accidente, y esta ayuda debe realizarla la persona que se encuentra más cercana del herido.

Todos los hogares y locales públicos deben tener un botiquín con el material necesario para prestar los cuidados básicos en situaciones de urgencia.

Es muy importante no sobrecargar el botiquín con material innecesario y disponer de todos los elementos de manera que facilite su rápida identificación en caso de necesidad.

El botiquín debe incluir material terapéutico para curar heridas o hacer frente a situaciones habituales de accidentes.

Los componentes básicos del botiquín son:

- Vendas elásticas y de diferentes tamaños.
- Vendas autoadhesivas para vendajes exclusivamente compresivos.
- Vendas de gasa de diferentes tamaños.
- Pinzas.
- Termómetro.
- Tijeras de punta roma.
- Tiritas de diferentes tamaños.
- Agua oxigenada.
- Gasas antiadherentes tipo linitul.

- Algodón hidrófilo.
- Guantes desechables.
- Antiséptico no coloreado tipo cristalmina o povidona yodada tipo betadine.
- Suero fisiológico.
- Gasas estériles en envases de pocas unidades.
- Férula de aluminio acolchado.
- Esparadrapo de tela y de papel, que es hipoalergénico.
- Cepillo de uñas de cedras muy suaves.
- Puntos de papel.

2 Objetivos

El objetivo principal persigue reconocer y saber usarlos elementos necesarios para formar un buen botiquín de primeros auxilios para utilizar ante las urgencias pediátricas.

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

Un apósito es un material terapéutico que se aplica sobre la herida para protegerla de agentes externos. Pueden hacerse apósitos de diversas características según el objetivo a cumplir, pero siempre han de cumplir tres premisas básicas:

- Ser de material suave.
- Tamaño adecuado para cubrir completamente la herida.
- Fijarse con un sistema seguro para evitar que se desprenda.

Los apósitos pueden ser de diferentes tipos:

- Tiras de esparadrapo con una capa de gasa absorbente y almohadillada (tiritas), que son útiles para cubrir heridas pequeñas.
- Apósitos con una o varias capas de gasa o material celulósico que se pueden fijar con esparadrapo o con un vendaje.

La colocación de un vendaje:

- En un accidente donde hay escasos medios se colocarán apósitos sobre la herida procurando no poner materiales sucios sobre la misma y que el material que esté más directamente en contacto con la herida permanezca estéril.
- La primera capa tiene que cubrir toda la herida, evitando siempre que sea posible que esta primera capa sea de algodón, por su tendencia a desprender hilos.
- La siguiente capa ha de ser de material almohadillado, como algodón, gasas sueltas, celulosa... que esté limpio.
- Estas dos capas se han de sujetar con vendas o esparadrapo y si no se dispone de ello se usarán paños, lazos... con la presión suficiente para mantener el apósito en su lugar pero sin impedir el paso de la circulación.

La retirada o renovación de un apósito:

- Si la persona que atiende al niño se ve obligada a realizar diversas curas, las hará con la misma asepsi, lavándose las manos y utilizando guantes desechables. Como ya no es una situación de urgencia, se puede planificar para hacerla correctamente. Los pasos a seguir son:
 1. Con la ayuda de unas pinzas o tijeras se levanta el apósito existente.
 2. Una vez descubierta la herida se procede a la limpieza y desinfección. Se utilizará para la limpieza una irrigación de suero fisiológico.
 3. Se seca la herida con una gasa estéril pero sin frotar, llevando un movimiento desde el centro de la herida hasta la periferia.
 4. Con otra gasa estéril se aplica povidona yodada en círculos, en el mismo sentido que se ha hecho la limpieza.
 5. Se vuelve a colocar un nuevo apósito estéril sobre la herida de la manera más aséptica posible.

Después de un periodo de cicatrización, ésta puede mantenerse al aire, pero hasta ese momento los apósitos son muy importantes porque:

- Protegen la herida.
- Mantienen la asepsia.
- Inmovilizan la zona aminorando el dolor.
- Proporciona comprensión en las heridas y hemorragias.
- Evita que se vea la herida, lo cual puede impactar al niño.

Un vendaje es la aplicación de una banda de tejido en alguna parte del cuerpo para proteger una herida, inmovilizar un miembro ante una fractura o luxación, ayudar a prevenir infecciones...

Se comercializan vendas de gasa, de algodón, de malla tubular, de crepé, adhesivas, autoadhesivas... de diferentes tamaños dependiendo de la parte anatómica a

vendar.

Los objetivos del vendaje son:

- Sujetar y mantener en su lugar los apósitos.
- Ejercer cierto grado de compresión para contener la hemorragia.
- Mantener en su lugar férulas.
- Inmovilizar o limitar los movimientos de la zona lesionada.

En una extremidad se suelen utilizar los siguientes tipos de vendaje, siempre desde la zona más distal hacia la más proximal:

- Vendaje en espiral: dos vueltas circulares, la segunda completamente encima de la primera. La tercera vuelta cubrirá media parte de la segunda y así sucesivamente hasta fijar con esparadrapo.
- Vendaje en espiga: Dos vueltas circulares y a partir de la tercera vuelta la venda se dirige hacia arriba, dando una vuelta en espiral ascendente, siendo la siguiente vuelta en espiral descendente, siempre ocupando la mitad de la vuelta anterior. Se finaliza con una vuelta en círculo que sujete el extremo de la espiral y se fija con esparadrapo.

Para vendar los dedos se suelen utilizar los siguientes:

- Vendaje simple.
 - Vendaje tubular, con malla tubular.
 - Vendaje de inmovilización o sindactilla: se unen el dedo afectado y el sano adyacente con una tira estrecha de esparadrapo, acolchando el espacio interdigital.
- Para vendar la cabeza se utiliza la técnica capelina, que son dos vueltas circulares a la altura de la frente, pasando luego de la parte posterior de la cabeza a la anterior de modo perpendicular y sujetando ésta con otra vuelta circular. Se darán tantas vueltas como sean necesarias y se sujetarán con dos vueltas circulares sobre la frente.
- Vendaje de la muñeca: se ha de vendar parte del antebrazo y parte de la mano. Se dan dos vueltas formando un ocho alrededor de la mano, dejando libre el pulgar. Luego se invierte el sentido de las espirales y se prosigue hasta el antebrazo, Se dan dos vueltas circulares y se fija con esparadrapo.
 - Vendaje en ocho o de tortuga: Se usa para codo, rodilla o tobillo. Limita los movimientos de la articulación sin bloquearlos.
 - Vendaje de codo y rodilla: Dos vueltas circulares sobre el eje central de la articulación mantenida en ligera flexión y vueltas hacia arriba y debajo de la articulación formando un ocho, de manera que cada vuelta cubra la mitad de la anterior hasta conseguir la limitación adecuada.
 - Vendaje de tobillo: Se mantiene la articulación en ángulo recto o ligeramente extendido y se venda en ocho.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del botiquín de Primeros Auxilios es atender aquellos accidentes que suceden en cualquier momento y lugar. Debe de estar ubicado en puntos estratégicos y de conocimiento de todas las personas. Eso aplica tanto en empresas, hogares y automóviles. Es indispensable que esté correctamente equipado con elementos que puedan ayudar en una situación de emergencia. Igualmente, que su contenido se mantenga en condiciones adecuadas.

Es conveniente revisar periódicamente los elementos de nuestro botiquín. Así, descartar los que estén vencidos y reponer los que se gastaron.

Leer el manual de primeros auxilios para que sepa cómo utilizar el contenido del botiquín. Si sus hijos son mayores para entenderlo, repase con ellos el manual.

Guarde el botiquín en un lugar esté fuera del alcance de los niños, pero que sea de fácil acceso para un adulto.

6 Bibliografía

1. <https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v75n3/1887-8571-sm-75-03-162.pdf>.
2. https://www.unirioja.es/servicios/sprl/pdf/manual_primeros_auxilios.pdf.
3. <https://www.unlar.edu.ar/index.php/component/content/article?id=48>.

Capítulo 219

CONOCIMIENTO DEL CELADOR DE LOS EJES Y PLANOS ANATÓMICOS

ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA

JAVIER MELLADO MONTEJANO

MANUELA CALERO PARRA

1 Introducción

Una de las competencias que el celador más realizará será el traslado y la movilización de los enfermos.

El celador para llevar a cabo el traslado y la movilización de pacientes deberá conocer las nociones fundamentales sobre los planos y los ejes de la anatomía humana y conocerá las diferentes posturas posibles y efectivas ya que muchos de los pacientes hospitalizados tendrán una movilidad reducida.

El cuerpo humano se dividirá en ejes y planos.

Los principales ejes son:

- Eje longitudinal que cortará el cuerpo en toda su longitud.
- Eje transversal que cortará de derecha a izquierda y será perpendicular al longitudinal.
- Eje sagital que cortará de adelante hacia atrás.

Estos ejes se corresponden con una serie de planos que son:

- Plano sagital o plano medio que se situará en la línea media del cuerpo y lo partirá en dos mitades, izquierda y derecha. Perspectiva de perfil.

- Plano transversal u horizontal que será perpendicular al plano sagital. Dividirá el cuerpo en dos mitades, una superior y otra inferior. Perspectiva de arriba a abajo.
- Plano coronal medio o frontal que será paralelo a la frente del individuo y dividirá su cuerpo en dos mitades, una parte anterior y otra posterior. Perspectiva de cara o espaldas.
- Plano oblicuo que tendrá un ángulo de 45 grados respecto al plano sagital y al plano frontal.

2 Objetivos

- Enumerar las diferentes posiciones anatómicas, ejes, planos y diferentes movimientos.
- Conocer las técnicas requeridas por los celadores para movilizar y trasladar pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una investigación y revisión bibliográfica de artículos nacionales e internacionales en las bases de datos Medline, Scielo, centroimpulso.es y oatec.com recopilando las referencias más representativas del conjunto de la información consultada.

4 Resultados

La posición estándar de inicio se denominará posición anatómica.

Para describir la posición espacial de los segmentos del cuerpo humano se usará el sistema de coordenadas cartesiano, con origen en el centro de gravedad del cuerpo que estará situado en la zona lumbar.

Cada segmento del cuerpo alcanzará posiciones y orientaciones en el espacio a medida que se realice el movimiento.

Los cambios de posición que podrán realizar las extremidades y partes del cuerpo humano serán los diferentes movimientos que a continuación vamos a enumerar, existiendo tres planos y tres ejes con dos movimientos principales por cada plano/eje.

Flexión consistirá en doblar una extremidad sobre una articulación.

Extensión consistirá en estirar o extender una extremidad sobre una articulación.

Abducción se moverá para alejarse del plano medio.

Aducción se moverá para acercarse del plano medio.

Eversión se cambiará de dirección hacia fuera.

Inversión se cambiará de dirección hacia dentro.

Rotación consiste en mover girando sobre un eje del cuerpo.

Circunducción consiste en mover alrededor de un eje del cuerpo.

Pronación se girará el antebrazo posicionando la palma de la mano hacia atrás o hacia abajo. Supinación se girará el antebrazo posicionando la palma de la mano hacia arriba.

El movimiento del cuerpo humano como ya hemos dicho se realiza en tres dimensiones. Largo, ancho y profundidad. Pero del movimiento es más simple si se realizará en dos dimensiones.

Siempre existe un plano dominante.

El celador podrá ayudarse para la movilización empleando sábanas, transfer, grúas y arneses. Deberá seguir unas directrices durante la movilización que le marcará el personal sanitario y evitará los movimientos bruscos. Guardará siempre la intimidad del paciente. Adoptará las medidas adecuadas de higiene.

A continuación haremos un listado con otro vocabulario que deberá conocer y dominar el celador.

Decúbito supino, paciente esta boca arriba.

Decúbito lateral, el paciente se halla tumbado de lado.

Decúbito prono o ventral, el paciente está boca abajo.

Fowler o Semi Sentado, paciente semisentado.

Fowler baja o semifowler, paciente semisentado a 30 grados.

Fowler alta, sentado a 90 grados.

Posición ginecológica o litotomía, paciente en decúbito supino con las rodillas separadas y flexionadas y los pies sobre la cama.

Posición de Trendelenburg, paciente en decúbito supino con la cabeza más baja que los pies en inclinación de 45 grados.

Posición antitrendelenburg o Morestin, paciente en decúbito supino con la cabeza más alta que los pies en inclinación de 45 grados.

Posición genupectoral, paciente apoyado sobre sus rodillas y con el tronco hacia delante.

Posición de Sims o semiprono o posición lateral de seguridad, paciente entre decúbito prono y decúbito lateral.

Roser, paciente en decúbito supino con la cabeza colgando fuera de la cama.

Proximal, más cerca de la articulación.

Distal, más lejos del punto de la articulación.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que es muy importante el conocimiento por parte del celador, del nombre y la posición de las distintas partes del cuerpo humano, las articulaciones que las conecta y los movimientos que estas les permite hacer por si mismos o que el profesional será capaz de describir de manera apropiada los movimientos complejos y tridimensionales del cuerpo que tienen lugar en la práctica hospitalaria permitiendo movimientos tridimensionales.

En la movilización, el celador debe tener una serie de cualidades físicas, siendo necesario realizar estas técnicas siguiendo unos criterios que permiten evitar riesgos físicos y psíquicos, tanto para él mismo como para el paciente sabiendo utilizar perfectamente la mecánica corporal para que esta sea coordinada, eficaz y segura.

6 Bibliografía

- 1.http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-49932005000200004.
- 2.<https://centroimpulso.es/ejes-y-ejercicio/>.
- 3.<https://www.oatec.org.ar/oatec2020/wp-content/uploads/sites/13/2020/04/pc-teor%3%ada-del-movimiento-regiones-del-cuepo-movimientos-corporales-planos-y-ejes.pdf>.

Capítulo 220

¿QUÉ FUNCIONES EJERCE EL CELADOR EN LA PSIQUIATRÍA HOSPITALARIA?

MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON

ABEL SALAZAR CANTON

RAFAELA CANTON SALAZAR

YOLANDA CANTON SALAZAR

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

1 Introducción

La ley 1986 del 25 de abril general de sanidad conjeturó la constatación del enfermo mental como un paciente que gozaba de los idénticos derechos a la atención sanitaria que cualquier otro paciente. A partir de este periodo, las administraciones sanitarias acomodaron su actuación para conseguir una serie de objetivos desde la atención primaria y la atención especializada.

Las funciones que en los antiguos manicomios realizaban los denominados por entonces los «mozos» serán las que ahora apliquen los celadores, que como repararemos, seguirán siendo un vestigio primordial para el buen funcionamiento de la unidad de salud mental. Las funciones de los celadores son muy mudadas y una gran parte de ellas suponen el trato inmediato con el en-

fermo. Por ello, y tratándose de pacientes con características conductuales especiales, la estampa de este celador cobra una importancia capital y para nada exenta de un gran compromiso.

Dentro de estas funciones localizaríamos las que son 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 (ambulancia) etc. Sin embargo, este celador formalizará una serie, de funciones que le son propias y diferenciadoras de otro celador consignado en otra unidad.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), en 1948, puntualiza salud como un estado de consumado bienestar físico, mental y social, y no solamente la desaparición de afecciones o enfermedades. Englobando en este concepto a la salud mental. La psiquiatría trata ciertas crisis de la personalidad y la conducta y también trata de evitar y poner enmienda a ciertas variantes psíquicas inauditas como la Psicosis y la Neurosis.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es sensato de sus buenas capacidades, puede confrontar las tensiones normales de la existencia, puede trabajar de forma provechosa y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su sociedad.

La vigilancia a los problemas de salud mental de la población se consumará potenciando, los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los medios de hospitalización, 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 co-bijar, la prevención primaria y atender los problemas psicosociales que soportan la pérdida de la salud.

2 Objetivos

- Describir la importancia que posee el celador en esta área y explicar de manera detallada, cuales son sus funciones en esta.
- Conocer las funciones del personal no sanitario en la figura del celador para llevar a cabo una buena actuación cara al paciente.

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

Funciones del celador en psiquiatría:

- El celador vigila la puerta de paso a la unidad examinando las entradas y salidas, no permitiendo el acceso más que a personas autorizadas y cuidando no introduzcan comidas, bebidas u objetos que pudieran resultar peligrosos o no autorizados. Asiste con el resto del personal de que los enfermos no hagan un uso indebido de los utensilios, de la ropa, evitando su desperfecto. Gestionará y trasladará sin dilación las comunicaciones verbales, documentos y objetos que les sean dados por sus superiores.
- Transbordarán de unos servicios a otros los aparatos o útiles que se le diga. 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. Celará continuamente por conseguir el mayor silencio posible en todos los departamentos de 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. Asiste al aseo de los pacientes que no puedan hacerlo solos. Vigila que todos los pacientes consumen el aseo personal fomentando una correcta adecuación en el vestido y maquillaje.
- 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. Controla el suministro y consumo de tabaco. (Es lícito fumar en la Sala de Fumadores y en las franjas ajardinadas exteriores).
- Se inhibirá de hacer reflexiones con los familiares y visitas de los pacientes sobre 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. Colaborará con el personal sanitario a la contención mecánica de pacientes agitados. Traslada pacientes a las unidades y consultas del centro como a otras instituciones que sea preciso.

El hábitat ambiental es una variable muy importante para cualquier paciente, (para cualquier persona, en realidad) sin embargo, para expresos pacientes psiquiátricos pueden suponer la activación o empeoramiento de sus indicios patológicos. Por tanto, queda claro aquí la importancia del celador en la tarea de conseguir un ambiente oportuno durante el día y sobre todo durante la noche, con el objetivo de asegurar el necesario descanso. Es habitual encontrar en una unidad psiquiátrica a pacientes con patologías que cursen con autolesiones o incluso conatos de suicidio. El celador psiquiátrico, por su proximidad casi continua con estos pacientes 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. Por ejemplo, ayudando a impedir a los pacientes alterados a los que hay que emplear sujeción mecánica. Son bien conocidos los efectos productivos que tiene la estancia al aire libre, los paseos y el ejercicio moderado en una persona, más si cabe en un paciente que pasa gran parte del tiempo en internación hospitalaria.

El celador se convierte además en una figura confidencial y de seguridad que anime y escolte al paciente al exterior. Huelga decir que el celador se encarga de la guardia de los pacientes en estas salidas al exterior. No es baladí esta ocupación, pues para algunos pacientes adeptos a la nicotina, el momento en el que el celador abastece el tabaco supone una situación muy placentera y relajante que puede ser utilizada en su beneficio. Concernirá al equipo médico como manejar este «premio» con motivos terapéuticos, pero es evidente que el celador puede cobrar aquí un valor especial como conexión que sin duda es entre paciente y facultativo.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto anteriormente en este capítulo como la figura del celador psiquiátrico se dibuja como un experto que comparte las funciones generales de cualquier otro celador, pero que además se encomienda de otras específicas de un valor fundamental. El paciente psiquiátrico es a menudo una persona que requiere más aguante y agudeza que el usuario “común” de una institución sanitaria, por lo que el celador que esté en contacto casi continuo con él ha de ser

una persona que entienda las peculiaridades de este tipo de paciente. El ambiente es una variable esencialísima en el buen curso de toda dolencia mental, y dado que el celador psiquiátrico no deja de ser parte trascendental de ese ambiente, es crucial que sepa obrar 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.
4. González Jiménez, F. (2020). Evaluación de riesgos psicosociales en una Unidad de Psiquiatría de un hospital público de la Región de Murcia.
5. de Estarrona, A. G. M., del Carmen, M., García, H., Martínez, A. M. M., Galerón, S. D., & Ruiz, M. J. S. "Confort Room" Proyecto de creación de un espacio para reducir el estrés, el control de comportamientos agresivos y/o cuadros de agitación en la Unidad de Psiquiatría de Agudos del Hospital de Santa Lucía (Cartagena). *Las enfermeras de salud mental y la exclusión social: hablando claro*, 680.
6. Peregrín, F. M. M., Lozano, A., & Durán, M. A. D. (2002). Estrés general y salud mental ocupacional: diferencias entre Urgencias y Gestoría de Usuarios en un hospital público. *Capital humano: revista para la integración y desarrollo de los recursos humanos*, 15(151), 58-69.

Capítulo 221

COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES DE URGENCIAS E IMPORTANCIA Y PAPEL DEL CELADOR

MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON

ABEL SALAZAR CANTON

RAFAELA CANTON SALAZAR

YOLANDA CANTON SALAZAR

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

1 Introducción

En este capítulo vamos a adentrarnos en el papel que establece una adecuada comunicación entre los celadores y los pacientes en el servicio de urgencias de los hospitales. Una comunicación adecuada de celador-paciente de urgencias es muy importante para la optimización y buen funcionamiento del servicio de urgencias.

El establecer una óptima comunicación entre pacientes y celadores va a aportar a urgencias un servicio de calidad y una credibilidad de este personal de una manera sustancial.

Aunque a veces nuestra relación de ayuda sea limitada, siempre se puede intentar favorecer dicha relación teniendo en cuenta los beneficios para el paciente. Las habilidades comunicativas y la educación emocional son importantes tanto para el personal celador como para los pacientes de urgencias. Los usuarios con habilidades comunicativas tendrán más facilidad para expresar sus necesidades, sus temores y sus dudas a los profesionales, lo que aumentará su independencia y autoestima

La extrema variabilidad de situaciones en que se va a encontrar profesionalmente el celador, exige que, para atenderlas adecuadamente, cuente con una formación adecuada e importante en los diferentes aspectos que puedan afectar la relación de ayuda. En este tipo de relación es imprescindible tener habilidad para escuchar, realizaremos, una escucha activa que nos permita, por una parte, atender las necesidades básicas de todo ser humano y, por otra parte, de captar los problemas para realizar un plan de ayuda.

2 Objetivos

Describir la importancia que posee la comunicación entre los celadores y los pacientes del servicio de urgencias, de que, manera se establece, quienes intervienen en ella, técnicas y habilidades de comunicación del celador/es, el papel fundamental que la comunicación presenta en urgencias.

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

1. Se establecen tres niveles en el proceso comunicativo, intrapersonal, interpersonal y público:
 - En el nivel intrapersonal, el profesional elabora sus propios pensamientos e ideas de forma interna. (Por ejemplo, un celador entra en la habitación donde

está el paciente y piensa para sí mismo: “Parece que el paciente se encuentra mal, debería prestarle mi apoyo”).

- La comunicación interpersonal establece una interacción entre dos personas o un grupo reducido. Permite al profesional ponerse en contacto directo con el paciente, familia del mismo y el resto del equipo de salud con la finalidad de contribuir al bienestar del paciente.

- La comunicación pública se produce entre un grupo numeroso de personas. Es frecuente en circunstancias especiales para transmitir determinados mensajes de una manera eficaz.

2. Para que pueda producirse un intercambio de información deben existir varios elementos entre los que cabe destacar:

- El referente: es la causa o motivo que lleva a una persona a iniciar una comunicación.

- Emisor: es quien inicia el proceso comunicativo con otra persona.

- Receptor: es a quien va dirigido el mensaje. Debe comprender dicho mensaje para que la comunicación sea óptima.

- El mensaje: es la información que emite el emisor y puede ser verbal o no verbal.

- Canal: es el medio por el cual se transmite el mensaje. Existen distintos tipos de canales de comunicación.

- El entorno: es el ambiente físico y emocional en el que se desarrolla la comunicación.

- La retroalimentación: se emplea para saber si el mensaje ha sido captado y comprendido por el receptor.

3. En la comunicación influyen varios factores.

Desarrollando una escucha activa, y teniendo en cuenta estos factores, el celador deberá adaptar el mensaje para asegurarse de que el paciente recibe toda la información en función de sus necesidades. Algunos de los principales factores son:

- Percepciones o puntos de vista de cada individuo.

- Escala de valores, la cual afecta a como una persona expresa sus ideas y como pueden ser interpretadas.

- Espacio y territorialidad (el profesional debe mantener una distancia adecuada cuando interacciona con el paciente).

- Las emociones o sentimientos subjetivos que tiene cada paciente.

- El trasfondo sociocultural, el cual debe ser respetado sin intentar modificar su marco de referencia.

- Conocimientos, no todas las personas tienen el mismo nivel de conocimientos. Lo ideal es que el celador se adapte lo mejor posible al nivel cultural de cada paciente para que la relación terapéutica sea óptima.

- El entorno, un entorno cómodo y agradable facilita siempre la comunicación.
- Paralenguaje, se trata de variaciones no lingüísticas como el tono de voz, ritmo y velocidad del habla que influyen en la comprensión.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación celador-paciente es muy importante por muchas razones. La comunicación reúne otra serie de características específicas como la capacidad de ser terapéutica. Mediante la comunicación, el profesional y el paciente interactúan, se relacionan, intercambian ideas y opiniones y establecen acuerdos. Gracias a este intercambio de ideas el paciente tiene menores niveles de estrés y ansiedad ante la enfermedad, procedimientos invasivos, etc.

La habilidad para escuchar y para conformar una buena comunicación influye directamente en el bienestar de este. El paciente necesita ser escuchado, por lo que, no solo busca en el profesional una asistencia terapéutica, también cercanía, empatía, implicación, etc. El celador debe mostrar siempre respeto utilizando un lenguaje claro y un tono agradable, para obtener la confianza del paciente, mostrar empatía, ser sincero de una manera asertiva, adaptar el mensaje y tener en cuenta las necesidades del paciente.

6 Bibliografía

1. Temario Celadores Insalud. Centro de estudios Adams.
2. El celador en Urgencias y emergencias. Formación continuada Logos.
3. Franco G.E. La comunicación en la familia. Serie E: Medios Educativos. Ediciones Palabra.

Capítulo 222

DAÑOS DERIVADOS DEL TRABAJO EN LA CENTRALITA DEL HOSPITAL

SONIA ABAD CORTES

1 Introducción

La centralita es la unidad que se encarga de canalizar las todas las llamadas de un hospital, tanto las internas como las externas, poniendo en contacto con los departamentos o personas que se requiera. utiliza como medio transmisor la linea telefónica, quienes se encargan de gestionarla son las telefonistas, que ademas también se encargan de atender el teléfono de emergencias, activar protocolos de donación de órganos y de catástrofes ,así como la localización de médicos de guardia, personal de seguridad y mantenimiento.

El trabajo se desarrolla principalmente en tres turnos: mañana, tarde y noche. Siendo la mañana donde mas llamadas se gestionan en torno a unas cien.

El trabajo se realiza generalmente sentada frente a una pantalla de ordenador, un teclado y con unos auriculares colgando de la oreja.

Las telefonistas no mantienen un contacto directo con los pacientes, pero si deben estar formadas y preparadas para establecer una comunicación adecuada con todo tipo de usuarios, mostrando en todo momento empatía, amabilidad, cordialidad y educación.

El principal instrumento de trabajo en una centralita es la voz, ya que necesitamos comunicarnos unos con otros, es el vehículo de nuestras emociones.

En el presente capitulo se desarrollaran, los tipos de daños mas frecuentes en una centralita, así como las medidas preventivas a seguir para reducirlos.

2 Objetivos

- Exponer los daños derivados de trabajar en la centralita de un hospital.
- Explicar las medidas preventivas para minimizarlos y corregirlos.

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. Se ha utilizado las palabras claves “centralita hospital” y “telefonistas hospital”.

4 Resultados

Los principales riesgos a los que están expuestas las telefonistas en una centralita de hospital son:

- Caídas al mismo nivel pueden producir lesiones como heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, esguinces o lesiones graves como fracturas en función del tipo de caída.
- Choques con objetos inmóviles, pueden producir contusiones o cortes, dependiendo de su fuerza y del tipo de material que este fabricado.
- Contactos eléctricos directos, se produce por el contacto de la persona con las partes activas de la instalación, ya sean cables pelados o partes activas en tensión, sin proteger adecuadamente.
- Incendios, al estar trabajando con muchos aparatos eléctricos, se puede originar fuego por el calentamiento de estos, que puede afectar a la propia instalación ocasionando daños materiales o personales al propio trabajador.
- Fatiga física, origina fatiga, problemas de concentración, dolor de garganta y cabeza, dolores musculares, mareos y falta de sueño.
- Fatiga visual, es la respuesta del ojo frente aun esfuerzo excesivo, los síntomas son: Tensión ocular, escozor, picazón y visión borrosa.

Para evitar todos estos riesgos es necesario implantar las siguientes medidas:

- Mantener el orden y la limpieza, evitando dejar objetos por el suelo.
- Se utilizara silla regulable en altura, acolchada, transpirable y con base de apoyo de 5 brazos con ruedas.
- Durante la jornada de trabajo se realizaran pausas cortas y frecuentes, y se realizaran ejercicios de relajación muscular.
- Se evitara realizar movimientos bruscos con la cabeza y ojos.

- La iluminación deberá ser indirecta y sin reflejos.
- La altura pantalla ojos del usuario, 30° y entre 50 a 70 cm de distancia.
- Los cables de los equipos eléctricos deberán pasar por las paredes o por el suelo mediante pasa cables o canaletas de protección.
- Los pavimentos de los pasillos serán de materiales no resbaladizos o dispondrán de elementos antideslizantes.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo que se desarrolla en la centralita de un hospital es fundamental y necesario para que este funcione correctamente.

Las telefonistas están expuestas a diferentes tipos de riesgos, pero los mas comunes dentro de la centralita son los musculo-esqueléticos, la fatiga visual y sobre todo los que tienen que ver con el estado de la voz. Por eso es necesario cuidar al máximo el entorno, se debe informar y formar a los trabajadores sobre ellos. Para reducir su aparición se tienen que implantar medidas, de no ser así desembocara en bajas laborales, y perdidas de productividad y falta de motivación.

6 Bibliografía

1. Centralita [Internet]. Hgucr.es. [cited 2022 Jun 9]. Available from: <http://www.hgucr.es/areas/areas-no-asistenciales/centralita/>.
2. Revista. Principales funciones del telefonista del sistema sanitario. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 9]; Available from: <https://revistamedica.com/principales-funciones-telefonista-sanitario/>.
3. Prevencionista. Riesgos puestos de trabajo: telefonista [Internet]. Jmcprl.net. [cited 2022 Jun 9]. Available from: <https://www.jmcprl.net/publicaciones/f08/riesgos%20puesto/page0026.htm>.
4. Insst.es. [cited 2022 Jun 9]. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/160747/n%c3%bamero+85.+prevenci%c3%93n+de+riesgos+laborales+en+centros+>.

Capítulo 223

ZONA LIMPIA: CLASIFICACIÓN, SECADO, PLANCHADO, REPASO (COSTURA), EMPAQUETADO Y DISTRIBUCIÓN EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA

JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ

MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

1 Introducción

En una lavandería hospitalaria podemos encontrar estas zonas:

- 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.
- Sección de planchado: sus funciones son descargar la ropa de las máquinas, clasificar las distintas prendas limpias y transportarlas a las distintas máquinas de secado y planchado; los trabajadores de esta zona también se encargan de secar, planchar y doblar la ropa y controlar la calidad de las prendas procesadas.

- Zona de empaquetado: esta sección se encarga de recibir la ropa planchada, preparar y embalar los paquetes de las prendas limpias, cargar los contenedores y pesarlos; también hacen el último control de calidad y preparar la documentación interna y externa.

- Sección de costura y repaso: sus funciones consisten en coser botones, remendar o zurcir pequeños desperfectos. Para ello, utilizan máquinas normales de tipo industrial de alta velocidad.

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.

Para evitar la diseminación de microorganismos a través del aire, la zona limpia estará a una presión superior con respecto a la zona contaminada, en unos valores aproximados a más de 10 kg/m².

La lavandería debe garantizar que la ropa esté limpia y desinfectada, pero evitando los restos de productos alcalinos u oxidantes que puedan afectar al paciente.

- Se debe tener gran cuidado en la dosificación del cloro, pues el tratamiento puede ser inútil o incluso dañar la ropa; tampoco es procedente añadir la lejía demasiado pronto sobre una ropa demasiado caliente, pues ocasionará un rápido e importante deterioro de la fibra (algodón).

2 Objetivos

- Distinguir las diferentes zonas en la zona de limpio de lavandería.
- Conocer la importancia de la limpieza y desinfección en la zona de limpio para que no haya contaminaciones.

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

La ropa limpia debe ser tratada con medidas higiénicas, ya que el resultado favorable del lavado-descontaminación puede perderse por completo si no se toman las precauciones necesarias para impedir la recontaminación antes de que la ropa sea utilizada en la atención al paciente.

La zona limpia es la sección más compleja y con más personal de toda la lavandería.

Aunque la tecnología ha avanzado considerablemente en los últimos tiempos, se requiere un manejo manual e individualizado de todas y cada una de las prendas, en alguna, fase del proceso, y en algunos casos pueden ser precisos varios procesos en los que tenga que intervenir directamente la mano del operario. Esto significa que del correcto planteamiento y dimensionado de esta sección dependa el costo y la productividad del proceso en su conjunto.

La zona limpia, físicamente separada de la zona sucia, garantiza que la ropa, una vez finalice el ciclo de lavado, se pueda recuperar por la puerta contraria a la zona sucia o contaminada.

El personal que trabaja en la zona limpia, accede por una zona separada físicamente a la zona limpia. El resultado es que una vez finalizado el ciclo de lavado, los siguientes procesos de trabajo de la ropa (secado, planchado, plegado y repaso), se hacen dentro de una zona limpia, garantizando así las condiciones de higiene y desinfección de la ropa.

En cuanto a las temperaturas de planchado, fundamentalmente en lo referente a ropa de cama, conviene hacer constar que, por tratarse de ropa hospitalaria, toda ella potencialmente contaminada, deberá emplearse una temperatura de planchado de 180 grados C, lo que se consigue, en el supuesto de emplear vapor de agua como fluido térmico, con una presión de 12 kg/cm².

Los armarios (o el sistema establecido) en los cuales se guarda temporalmente la ropa limpia en la lavandería, deben limpiarse de forma regular y programada por el personal designado con una solución desinfectante e igualmente en Plantas, Servicios o Unidades

5 Discusión-Conclusión

La zona limpia es la sección más compleja y con más personal de toda la lavandería.

El personal que trabaja en la zona limpia, accede por una zona separada físicamente a la zona limpia. El resultado es que una vez finalizado el ciclo de

lavado, los siguientes procesos de trabajo de la ropa (secado, planchado, plegado y repaso), se hacen dentro de una zona limpia, garantizando así las condiciones de higiene y desinfección de la ropa. la ropa limpia debe ser tratada con medidas higiénicas, ya que el resultado favorable del lavado-descontaminación puede perderse por completo si no se toman las precauciones necesarias para impedir la recontaminación.

6 Bibliografía

1. https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_ropa_lavand.pdf.
2. https://www.equipo.com/blog/46_Lavanderia-industrial-hospitalaria.

Capítulo 224

FIBRAS: ORIGEN ANIMAL Y ORIGEN VEGETAL A TENER EN CUENTA POR EL SERVICIO DE LAVANDERÍA

MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ

JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

1 Introducción

Las fibras de origen animal provienen principalmente de animales, como conejos, ovejas, gusanos de seda, caballo, camello, cabra, etc.

Estas fibras se han utilizado a lo largo de toda la historia de la humanidad. La principal fibra textil natural es la lana que proviene de la oveja. La lana tiene mucha elasticidad.

El cachemir procede de la cabra y se distingue por su suavidad.

El crin es el pelo del caballo, es fuerte y se utiliza en las tapicerías.

El angora es el pelo de un conejo que es fino y ligero.

La seda proviene de un gusano y es resistente y elástica.

Las fibras de origen vegetal son las que se extraen de la velloidad de algunas semillas, como el algodón; de los tallos (o líber), como el lino y el cáñamo; fibras de follajes, como el sisal; y fibras de cáscaras, como las de coco.

Las fibras de origen vegetal son básicamente celulosa. La celulosa se utiliza en la industria textil y en la fabricación de papel. Las tres fibras vegetales más importantes son el algodón, el lino y el esparto. La clasificación de estas fibras está relacionada con la parte de la planta que se aprovecha:

- Fibra procedente de frutos y semillas son el algodón, el cocotero y la ceiba.
- Fibra procedente del tallo son el lino, el cáñamo, el ramio y el yute.
- Fibra procedente de las hojas son el esparto, el abacá, el formio, el henequén o sisal y el miraguano.

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de fibra.
- Distinguir entre las fibras de origen animal y las de origen vegetal.

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

Atendiendo a su origen podemos clasificar a las fibras en dos grupos:

Fibras naturales: están elaboradas a partir de componentes animales, vegetales o minerales.

De origen animal.

- Lana: es el pelo de las ovejas que se esquilan periódicamente, muy elástica y resistente, no se arruga. Se emplea en prendas de abrigo.
- Seda: es el filamento del capullo de los gusanos, del que sale una única fibra que se hila con varias más. Es lavable, no se puede planchar, no absorbe la humedad, presenta una gran resistencia, se usa para la confección de tejidos caros.

Las fibras animales son, sin duda alguna, las más antiguas utilizadas por el ser humano, ya que se usan desde tiempos prehistóricos. Generalmente son proteicas, ya que son pelos, pieles, lanas, etc. Son fáciles de teñir e hilar. Pueden ser tejidas o no tejidas como el fieltro, que es un conjunto de fibras apelmazadas.

De origen vegetal.

- Algodón: es la semilla de una planta, encoge mucho con el lavado, es muy transpirable y no produce alergias, se emplea en pantalones, camisas, ropa interior.

- Lino: es el tallo de una planta, muy resistente, absorbe la humedad, muy fresco y no produce alergias, es más caro que el algodón, se usa para ropa de verano.
- Esparto: es la hoja de una planta, su tacto es áspero, absorbe la humedad, se utiliza para fabricar suelas de zapatillas y artículos de artesanía.

Las características de cada fibra textil depende del vellón, la lana o la seda que sean extraídos de las diferentes especies y del grado de unión entre ellos. La longitud, el grosor y la manera de los cordones para unir las fibras entre sí cambian dependiendo de todas sus propiedades.

Las fibras de origen vegetal son conjuntos de células de gran resistencia mecánica, cuyo contenido es esencialmente lignina y celulosa por lo que están asociadas principalmente a funciones de sostén de las plantas.

5 Discusión-Conclusión

Las fibras de origen animal son las más antiguas utilizadas por el ser humano, se utilizan desde la prehistoria, son pelos, pieles, lanas, etc. Son muy fáciles de teñir y de hilar.

Proviene de animales como la oveja, el gusano, camello, cabra, etc.

Las fibras de origen vegetal son las que se extraen de la vellosoidad de algunas semillas, como el algodón; de los tallos (o líber), como el lino y el cáñamo; fibras de follajes, como el sisal; y fibras de cáscaras, como las de coco.

Las fibras de origen vegetal son conjuntos de células de gran resistencia mecánica, cuyo contenido es esencialmente lignina y celulosa por lo que están asociadas principalmente a funciones de sostén de las plantas.

6 Bibliografía

1. https://www.google.com/search?q=1.+Fibras:+origen+vegetal&rlz=1C1CHBD_esES941ES941&rsrf=ALiCzsbirIAAn-t17iXoyNN2VboRjhJPGw:1653124925277&ei=Pa-IYvPBEKyPxc8P2cqY0AU&start=10&sa=N&ved=2ahUKEwiz1MKfovD3AhWsR_EDHVklBloQ8tMDegQIARA9&biw=1920&bih=880&dpr=1
2. <https://docs.google.com/document/preview?hgd=1&id=1Y85wVz6aLGecaPPq12SGzdeXYjiwPipioGtzXHxCytg>

Capítulo 225

ACTUALIZACIÓN DEL CELADOR ANTE UN RIESGO DE EMERGENCIA. EVACUACIÓN DEL PACIENTE

MARÍA DOLORES SALMÓN CAGIGAS

1 Introducción

Empezamos intentando comprender qué es una emergencia y qué una evacuación:

“Una emergencia es cualquier situación en la que ocurren circunstancias negativas que ponen en riesgo o vulneran la condición humana, generan daños a la propiedad o que son potencialmente peligrosas y ponen en peligro la vida”.

“Una evacuación es una actividad por medio de la cual se desaloja, de manera ordenada y segura un área o edificación que puede verse afectada por ocurrencia de un evento peligroso a una zona segura”.

Ante las emergencias que pueden darse en una institución sanitaria se ponen en marcha los planes de emergencias donde quedan establecidas las pautas a seguir y quienes tienen que llevarlas a cabo.

El objetivo es que se controle con rapidez la emergencia y que los daños sean los mínimos posibles.

Las medidas fundamentales ante cualquier emergencia son:

- La prevención (medidas para que no se produzcan situaciones de riesgo).
- La protección (medidas para neutralizar el riesgo).
- La preparación (medidas para reparar los daños).

En las situaciones de emergencia el celador actúa con conocimiento del plan de emergencias y su responsabilidad en el cumplimiento del mismo, llevando a cabo la tarea con resolución y calma.

Una vez detectada la emergencia y su gravedad es donde empieza los planes de evacuación del edificio en riesgo.

El celador una vez informado actuará siguiendo las órdenes de sus superiores, tomando las medidas necesarias para el traslado y evacuación de las personas del hospital que sean incapaces de hacerlo por sí mismas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Saber cuáles son las funciones del celador en un caso de emergencia.

Objetivos secundarios:

- Conocer los planes de emergencia que toda institución sanitaria tiene elaborados para tal fin.
- Conocer cuál es el papel del celador en estos planes y cómo tiene que actuar

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

Toda institución sanitaria tiene que tener un plan de emergencia y los trabajadores conocimiento y acceso a él.

El celador además del conocimiento del plan de emergencia debe saber cómo actuar y qué recursos dispone para ello.

En la institución sanitaria existe un inventario de recursos tanto técnicos como humanos que sirven para proceder en caso de una emergencia tanto por incendio como por evacuación, sistemas de detección y extinción, señales de evacuación, carteles de salida, etc.

En todo momento el celador debe saber la gravedad de la emergencia para proceder de una manera u otra. Las emergencias pueden ser:

- Conato de emergencia, se controla fácilmente.
- Emergencia parcial, se desarrolla en una área y no se propaga a otra.

- Emergencia general, implica la evacuación total de la institución.

Cómo comportarse ante una emergencia: aquí juega un papel fundamental el equipo de enfermería que será el encargado de decirnos qué pacientes son más autónomos y quienes no y las medidas especiales a considerar

- Una vez detectada hay que comunicarla con rapidez.
- Saber valorar la emergencia y movilizar a los equipos necesarios.
- Avisar a equipos externos en caso de necesidad.
- Evacuación parcial o total según el caso.

Como trasladar y evacuar a los pacientes dependiendo de su dolencia, aquí juega un papel fundamental el equipo de enfermería que será el encargado de decirnos qué pacientes son más autónomos y quienes no y las medidas especiales a considerar.

Tipos de traslados:

- Levantamiento, es el más rápido pero a veces imposible.
- Arrastre directo.
- Arrastre con silla.
- Arrastre con colchón.

Todos dependen de que se den las condiciones idóneas tanto por los pacientes como los lugares de evacuación.

Cómo actúa el celador en una emergencia:

1. Celadores de equipo de 2ª intervención, siguen las órdenes directas del Jefe de Intervención.
2. Resto de celadores, son coordinados por el Jefe de Personal Subalterno recibiendo órdenes pertinentes para que la evacuación sea exitosa y sin riesgos.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene que conocer los planes de emergencia la institución sanitaria en la que presta sus servicios.

El celador debe seguir las directrices que les marque sus superiores y obrar con diligencia y rapidez.

El celador tratará de utilizar el método más adecuado dependiendo de la gravedad de cada paciente.

El celador tiene que mantener una postura de serenidad y nunca ponerse nervioso pues depende de su labor los pacientes del hospital.

El celador debe transmitir tranquilidad y orden, dar órdenes con firmeza pero también con amabilidad y delicadeza, tiene que hacerse entender en cada momento para evitar el caos que una situación de emergencia puede provocar.

6 Bibliografía

1. www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador.
2. www.gob.mx/911/articulos/que-es-una-emergencia.
3. <https://www.formacurae.es>.

Capítulo 226

PROCESAMIENTO DE LA ROPA EN EL ÁREA SUCIA: TÉCNICAS DE LAVADO, TEMPERATURAS Y TIEMPOS

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ

JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ

1 Introducción

El lavado es la actividad fundamental del proceso, es donde se cumplimenta el objetivo de limpieza y desinfección. En su realización se adjuntarán unas recomendaciones prácticas a cada tipo de ropa, según su tejido, color y grado de suciedad, se dará la más correcta aplicación de los útiles y maquinaria disponible, la calidad de un proceso de lavado es función de cuatro factores: tiempo es la duración de las etapas y del ciclo completo de proceso, temperatura: este factor nos indicará si el proceso de lavado es en frío o en caliente. Además se utilizará en los procesos de secado y planchado, acción mecánica: lo constituyen, el tipo de máquina de lavado, la altura de caída de ropa, la velocidad de giro, la carga de ropa, etc. y acción Físico-química, formada por el agua, los detergentes, los blanqueantes, los neutralizantes y los suavizantes.

Agua: la calidad del agua determina un proceso de lavado y la calidad del mismo. Debe estar exenta, lo más posible de sustancias en disolución y suspensión, como sales calcinadas, hierro, materias orgánicas, etc. La cantidad de sales cálcicas y magnésicas que contiene el agua determina el grado de dureza.

Las temperaturas de lavado van desde agua fría a 80 °C, según tipo de ropa y programación y la dosificación de los productos.

Durante el proceso de lavado se realizan diferentes acciones directamente relacionadas con la desinfección de la ropa a procesar:

Lavado Químico: este se realiza durante las diferentes fases que componen el proceso de lavado es donde se aditiva los diferentes detergentes, alcanzando parámetros incrementando el Ph (alcalinidad) para la eliminación de diferentes suciedades y componentes orgánicos.

Oxidación y Desinfección Química: en esta fase del lavado se realiza una completa desinfección orgánica y al mismo tiempo la eliminación de restos pigmentarios en los tejidos. En esta fase en la que se aditiva los productos desinfectantes a la temperatura adecuada prefijada en las máquinas y controlada por su sonda térmica.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas de lavado de la ropa sucia.
- Saber a qué temperatura y cuanto tiempo debe llevar el proceso de lavado de la ropa sucia.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el área sucia, lejos de áreas de pacientes o adyacentes se realiza pesaje, conteo de ropa sucia, de ropa dañada y ropa a descartar y su correspondiente reembolsado, con EPP adecuado. Deben tener balanza y mesada de material lavable. Presión (-) de aire respecto a zonas adyacentes y tener mínimo de 20 renovaciones de aire/hora. Entrega ropa sucia a lavadero privado.

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.), avisar al sector correspondiente.
4. Colocar ropa manchada con material orgánico en lavadora de prelavado o pileta (según lo que posean).
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.

Lavado, enjuague y centrifugado:

Lavar a 70° C o superior entre 20–25 minutos (elimina la contaminación microbiana), usar jabón biodegradable a razón de 100 g/7,5 kg. de ropa. Suele ser necesario agregar 10-15 % más, en agua media y un 30-40 % más en aguas duras, colocar jabón en compartimento II, adicionar blanqueador sólo si se observa mucha suciedad, enjuagar con agua a 70 °C para retirar jabón (5-10 minutos), enjuagar con suavizante de 5 a 10 gr/kg. de ropa, centrifugar.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas de lavado en las lavanderías hospitalarias son de suma importancia para evitar las posibles infecciones que pudiera haber con la manipulación de la ropa sucia.

La temperatura a la que se debe lavar la ropa va desde el agua fría hasta los 80 grados dependiendo del tipo de ropa y de su suciedad, también es muy importante la calidad del agua que debe estar exenta lo más posible de sustancias en disolución como cal, magnesio, etc.

En el lavado se trata de eliminar la mayor cantidad de suciedad y manchas fáciles la temperatura oscilará entre 30° y 60°, con un tiempo de entre 10 y 20 minutos. En este paso se saponifican las grasas, y se solubiliza la suciedad con agentes químicos activos y alcalinos.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/03/MSalud-Neuqu%C3%A9n-Manual-Lavander%C3%ADa-y-manejo-de-ropa-hospitalaria.pdf>.
2. <https://www.haciendabeach.com/descargas/protocololavanderia.pdf>.

Capítulo 227

EL CELADOR EN URGENCIAS

MANUELA CALERO PARRA

ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA

RAMONA CAMPOS CAMPOS

1 Introducción

Cuando hablamos de “urgencias”, debemos pensar en toda afección médica o quirúrgica, espontánea o como consecuencia de un traumatismo que plantea un problema de asistencia inmediata y de un tratamiento dentro de un lapso de tiempo limitado durante el cual debe obtenerse, dentro de lo posible, un diagnóstico etiológico.

El celador se regirá en lo que se refiere a categoría y funciones en lo establecido en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden de 5 de julio de 1971. Además, hay que señalar que los celadores como personal estatutario de los Servicios de Salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, se les aplicará lo que disponga la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, que establece las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los Servicios de Salud.

La función del celador en el área asistencial de urgencias implica el desarrollo de distintos tipos de funciones, como son la recepción y orientación de pacientes y acompañantes en la puerta de entrada del servicio de urgencias, funciones de apoyo externo, funciones de apoyo interno y funciones generales.

2 Objetivos

- Definir las funciones del celador en el ámbito de urgencias hospitalarias.
- Definir las funciones del celador en el ámbito de urgencias del centro de salud.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo. Se utilizaron términos de búsqueda en la web como “urgencias”, “actuación”, “celador”, etc. El fin de esta búsqueda pretende poner de manifiesto los resultados sobre la actuación por parte del celador dentro del entorno hospitalario en el servicio de urgencias. De la gran cantidad de resultados encontrados se han seleccionado los que se adaptaban a los objetivos del trabajo.

4 Resultados

Funciones del celador en urgencias hospitalarias: o Funciones en la puerta de entrada.

La actuación del celador en la puerta de entrada de urgencias tendrá una doble vertiente:

1. Recepción del paciente: el celador recibirá y ayudará a los pacientes que lleguen a urgencias en vehículos particulares y ambulancias. Recibirá y ayudará a los pacientes ambulantes que lleguen a urgencias. Transportará a los pacientes en silla de ruedas, camillas, etc. Avisará al personal sanitario de la llegada de un paciente cuando sea preciso.
2. Control de personas: el celador vigilará las entradas al área de urgencias, no permitiendo el acceso a sus dependencias mas que a las personas autorizadas para ello. Vigilará el comportamiento de los pacientes y acompañantes para que se respeten las normas e instrucciones de carácter general (no fumar, hacer buen uso de las instalaciones, guardar silencio, no deambular por los pasillos, etc.). Ayudará al personal sanitario en cuantas tareas se le encomiende. Facilitará información general, nunca información sanitaria ni administrativa.

Funciones de apoyo externo:

- Traslado de documentos, correspondencia, historias clínicas y demás objetos que les sean confiados a otros servicios con absoluta confidencialidad.
- Tramitará las comunicaciones verbales que se le encomienden.
- Traslado de los pacientes a las distintas unidades.

Funciones de apoyo interno:

- Traslado y control interno de los pacientes y familiares.
- Ayuda al personal sanitario.
- Control de personas en el área de urgencias.

Funciones del celador en urgencias del centro de salud:

- Abrir y cerrar el centro.
- Avisar a los médicos y enfermeras cuando tengan un paciente.
- Citar a los pacientes para la consulta del médico y de enfermería de urgencias.
- Atender el teléfono y tomar nota de los avisos para la atención médica domiciliaria, notificándolos al personal sanitario (médico y enfermera).

5 Discusión-Conclusión

El celador será la primera persona que recibirá a los pacientes y su aptitud y predisposición es fundamental para los pacientes que acuden al servicio de urgencias.

En el servicio de urgencias es muy importante el trabajo del celador ya que realiza funciones diversas y de apoyo al resto de personal sanitario, para así conseguir que la atención a los pacientes sea de calidad y la actividad se desarrolle en el servicio de forma adecuada.

En el ámbito de urgencias del centro de salud es de especial importancia el desempeño profesional del celador, pieza clave del correcto funcionamiento coordinado del servicio de urgencias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 228

CELADOR Y PRIMEROS AUXILIOS

RAMONA CAMPOS CAMPOS

MANUELA CALERO PARRA

ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE

1 Introducción

Es muy conveniente poder ofrecer unos cuidados básicos a las personas accidentadas con situaciones urgentes para su vida, ya que, de estas primeras actuaciones sobre la víctima, depende la evolución posterior de dicha persona.

Así, cuando sea preciso atender a una persona en situación de urgencia, será preciso decidirse entre varias opciones y para que las opciones elegidas sean las correctas se necesitarán unos conocimientos elementales sobre las diversas situaciones que puedan aparecer, tratando de evitar así agravar el estado de la víctima o el de sus lesiones.

Asimismo, cuando se produzca una situación de urgencia será preciso realizar una breve evaluación inicial para valorar las lesiones y establecer las primeras acciones a realizar. Posteriormente, si se encuentra en el medio extrahospitalario, se trasladará a la víctima a un centro sanitario, alertando previamente a los servicios de emergencias y transporte sobre el tipo de urgencia, el número de heridos y el lugar exacto del accidente.

Además, en cualquier accidente pueden distinguirse tres elementos que van a determinar el nivel de gravedad al que nos enfrentamos: El agente, el medio y la persona accidentada.

- Agente: causa que origina el accidente.
- Medio: lugar donde se produce el accidente.

- Persona accidentada (o víctima).

2 Objetivos

- Definir el examen inicial del accidentado inconsciente por parte del celador.
- Definir los principales pasos para realizar correctamente la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo. Se utilizaron términos de búsqueda en la web como “primeros auxilios”, “reanimación cardiopulmonar”, “celador”, etc. El fin de esta búsqueda pretende poner de manifiesto los resultados sobre la actuación por parte del celador en los primeros auxilios. De la gran cantidad de resultados encontrados se han seleccionado los que se adaptaban a los objetivos del trabajo.

4 Resultados

Es fundamental que el celador esté formado en primeros auxilios, ya que el desarrollo de sus funciones se lleva a cabo en un ámbito en el que puede verse involucrado ante una situación de emergencia.

Para ello, el celador deberá aprender, entre otras cosas, a:

- Identificar los diferentes tipos de heridas que puedan producirse y las fases de cicatrización.
- Identificación de hemorragias y técnicas para frenarla.
- Toma de constantes vitales.
- Identificar las diferentes alteraciones del nivel de conciencia.
- Identificar tipos de fracturas que pueda padecer el paciente.
- Valorar tipos de quemaduras.

Así, en lo que respecta al examen inicial del accidentado, éste ha de realizarse en el lugar en el que el celador encuentre a la víctima, teniendo por objetivo determinar el alcance de las lesiones para procurar una atención prioritaria a las víctimas cuyo estado así lo requiera, así como asegurar su correcto traslado a un centro sanitario.

El examen inicial requiere observar los siguientes pasos, siguiendo el orden en el que se detallan seguidamente, recordando siempre que la ausencia de pulso

carotídeo o de respiración espontánea exigen una actuación inmediata, aunque haya que posponer la atención de otras lesiones del accidentado:

- Vía aérea.
- Respiración.
- Pulso carotídeo.
- Hemorragias.
- Exploración neurológica básica.
- Exposición de la víctima.

Asimismo, si el paciente se encuentra en parada cardiorrespiratoria será necesario llevar a cabo las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), diferenciando tres elementos en ella:

- Control de la vía aérea: será preciso llevar a cabo la apertura de la vía aérea y la desobstrucción de la misma si fuese preciso.
- Control de la respiración-ventilación: si el paciente no respira espontáneamente habrá que llevar a cabo la respiración artificial, boca a boca en la RCP básica. Será preciso aplicar 2 insuflaciones de unos dos segundos de duración cada 30 compresiones torácicas.
- Control de la circulación: si el celador comprueba la ausencia de pulso carotídeo será preciso iniciar el masaje cardíaco, aplicando 30 compresiones seguidas alternando con 2 ventilaciones boca a boca. Dichas compresiones tendrán unos 5 centímetros de profundidad y se realizarán a ritmo de 100-120 por minuto.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, tal y como queda recogido en la legislatura española, toda persona tiene la obligación legal de socorrer. Por lo que la obligación de estar preparados ante actuaciones básicas de primeros auxilios debería hacerse extenso a todas las personas, independientemente del lugar dónde desarrolle su trabajo.

Asimismo, con esta formación básica en primeros auxilios y RCP básica, se podrían salvar muchas vidas y evitar el empeoramiento de situaciones sanitarias. Por ello, el celador deberá identificar y saber actuar ante todas estas situaciones con el fin de disminuir la gravedad hasta la presencia del personal médico o su traslado al hospital.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 229

LA RELACION PACIENTE Y PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO

MARIAM CORREA FERNANDEZ

LAURA FERNÁNDEZ MARQUÉS

MARIA BELEN FIDALGO MUÑIZ

SARA GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN LOPEZ SUAREZ

1 Introducción

Cuando hacemos mención a la relación paciente-personal administrativo, surge como primera idea, la relación marcada por el ejercicio de las competencias administrativas básicas que desempeña este grupo de profesionales; como pueden ser la gestión de citas, la organización de documentos y expedientes y su tramitación, la recepción de llamadas, mecanografía de documentos, etc.

Sin embargo, existe una serie de matices en el papel que identifica al trabajo del personal administrativo en su relación con el paciente, imprescindibles en su caracterización, y que deben ser tenidos en cuenta para la consecución de un servicio personalizado, eficiente y de alta calidad. Éstos se circunscriben al vínculo interpersonal que se establece entre ambas partes; en el que la empatía,

la cercanía y el entendimiento en la comunicación, juegan un papel de marcada relevancia.

Cuando el paciente acude solicitando la prestación de un servicio sanitario, es por regla general el personal administrativo quien toma el primer contacto con el paciente. La forma en la que se desenvuelve este primer momento es esencial para conseguir establecer las bases de una prestación que garantice la satisfacción plena de las necesidades de este último. Un nivel de comunicación claro, correcto, con un lenguaje adecuado, que por una parte facilite el entendimiento y la correcta actuación del personal administrativo y por otra parte la satisfacción del paciente; debe ser un objetivo prioritario y a su vez una herramienta útil en el desempeño del trabajo administrativo.

Es incuestionable que en la actualidad, el paciente tiene un papel cada vez más activo en el entorno sanitario, con una capacidad decisoria bien definida, con derechos claramente determinados y garantizados; haciendo todo ello más equilibrada la relación entre paciente y personal administrativo. Esta realidad a su vez repercute en la exigencia de un mayor esfuerzo y dedicación por parte del personal administrativo en la búsqueda de la satisfacción del paciente.

La relación entre paciente y personal administrativo no es, ni puede ser una relación puramente técnica. Es una relación interpersonal en la que la comunicación y los métodos de lenguaje utilizados han evolucionado considerablemente, primando en todo momento el intercambio de ideas, razonamientos y necesidades.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir la relación paciente-personal administrativo en el entorno sanitario, resaltando el lado interpersonal de la misma y el papel que juega la correcta comunicación entre las partes que la forman.

Objetivos secundarios:

- Señalar las actuaciones del personal administrativo tendentes a conseguir la satisfacción plena del paciente en el ámbito sanitario.
- Exponer las acciones por parte del personal administrativo para evitar errores que conlleven a un fallo en la comunicación entre paciente y personal administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha efectuado una revisión bibliográfica, mediante la búsqueda de libros, revistas y artículos académicos y científicos, procedentes algunos de ellos de Internet. Se ha aplicado la búsqueda por palabras claves: como relación, comunicación, personal administrativo y paciente.

4 Resultados

El paciente en el ámbito sanitario, demanda una serie de necesidades y para cubrirlas precisa en primer término fijar claramente cuáles son estas. Para ello se hace imprescindible establecer una relación de comunicación con el personal que dentro del entorno sanitario acoge en primer término sus pretensiones y que en la mayoría de los casos es el personal administrativo. Debemos tener presente que el paciente en su condición de tal, es una persona que sufre malestar o dolor, que ve de alguna manera resentida su salud y es por ello que solicita asistencia médica; precisa ayuda y cuidados médicos, algunas veces más complejos unos que otros. Es una persona que se encuentra en una situación vulnerable y que todo el esfuerzo y dedicación que se ponga al servicio de éste, va a ser de suma utilidad para su bienestar y recuperación.

Las peticiones del paciente serán cubiertas de forma más efectiva, mientras más humanizada y cercana sea la relación entre personal administrativo y paciente. La comunicación entre ambas partes debe ser siempre clara, el mensaje debe ser transmitido y entendido de forma completa por ambas, sin omisiones y sin distorsiones que puedan tergiversar las ideas. De ahí la importancia de una comunicación en la que el entendimiento debe ser una prioridad.

La comunicación es una cualidad emocional del hombre, es un proceso de interacción social entre dos partes emisor y receptor, con el objeto de intercambiar y compartir mediante el lenguaje verbal, escrito o gestual ideas, opiniones, etc.

En el ámbito sanitario es preciso ser muy cuidadosos en la forma en que se establece esta comunicación. Debe ser una comunicación fluida, marcada por la claridad, evitando tecnicismos. Imprescindible es, prestar el interés debido por parte del personal administrativo para conseguir la finalidad última que es la satisfacción de las necesidades del paciente. Es importante dialogar y formular las preguntas que sean necesarias para poder obtener toda la información necesaria con el objeto de dar todas las alternativas de soluciones posibles y viables al paciente. La información como respuesta debe ser la justa para su correcta asimilación y entendimiento, debe ser real y completa. Es preciso consensuar además

con el paciente las alternativas posibles. Que el paciente se sienta cómodo, protegido, acogido, es fundamental. El respeto y la tolerancia deben estar siempre presentes en dicha relación. No ha de olvidarse que cada paciente es distinto, que cada uno demanda unas necesidades diferentes, y que cada uno puede tomar actitudes disimiles en su interacción con el resto de personas que le rodean.

El paciente tiene que estar informado, por lo que hay que cuidar de las omisiones sobre puntos esenciales de la comunicación, que puedan ocasionar desinformación. Deben evitarse las imprecisiones y todas las dudas que pueda tener el paciente deben ser aclaradas. No deben dejarse de lado sus opiniones y ayudarle en la medida de lo posible a abordar sus dudas y temores contribuirá al éxito de la labor que desarrolla este grupo de profesionales.

Hay que tener presente además que en la relación paciente-personal administrativo es importante el desarrollo de la escucha. La actitud del personal administrativo debe ser receptiva. Muchas veces el paciente comunica sus deseos e intenciones sin pronunciar palabras, solo con sus gestos, sus miradas, etc. y es en estos casos cuando el personal administrativo debe desarrollar con mayor perspicacia la habilidad de interpretación.

En dicha relación se deben evitar juicios y afirmaciones personales que pueden ocasionar malentendidos. La humildad en el trato, el reconocimiento de cualquier error cometido y la rápida subsanación del mismo, serán de gran utilidad para entablar una comunicación satisfactoria. Se ha de cuidar en todo momento el lenguaje no verbal, utilizar un tono de voz adecuado y amable, que permita al paciente sentirse tranquilo y confiado.

En muchas ocasiones pueden surgir situaciones incómodas o desagradables, agresiones o comunicación de noticias desfavorables que pueden desencadenar en situaciones de malestar y todas ellas deben ser gestionadas con la mayor destreza y pericia posible por el personal administrativo. Es importante destacar que en la mayoría de los casos el personal administrativo sirve de nexo entre paciente y personal sanitario, por lo que una comunicación inicial certera y clara propiciara una mayor calidad del servicio asistencial, objetivo clave del Sistema de Salud.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir, que es el paciente la figura central del Sistema de Salud, y que por tanto es objetivo del propio sistema la satisfacción de sus necesidades asistenciales y su bienestar tanto físico como psíquico-emocional. En la consecución del citado objetivo, juega un papel relevante la actuación del personal administrativo y la relación interpersonal de éste con el paciente.

El personal administrativo ha llegado a ser una figura de referencia para el paciente; en este puede encontrar información, orientación, apoyo, solución de dificultades nacidas en el propio entorno sanitario. Es por ello tan importante establecer unas bases de comunicación sólidas entre ambas partes mediante un lenguaje claro, cercano, comprensible y adaptable a las exigencias y necesidades del paciente, que sea expresión fidedigna de las ideas, conceptos, pensamientos, sentimientos, emociones e inquietudes reales.

En la profunda evolución que ha experimentado la relación del personal administrativo y el paciente las competencias relacionales priman sobre las competencias técnicas. El personal administrativo ha de estar capacitado para recepcionar toda la información útil que aporta el paciente, gestionar la misma, analizar el caso concreto, buscar las soluciones adecuadas a los problemas o planteamientos del paciente, siempre bajo la premisa de conseguir en primer orden satisfacer sus necesidades y procurar su bienestar.

La empatía es fundamental a la hora de establecer la comunicación con el paciente, no se debe juzgar y debe huirse de los prejuicios y de las ideas preconcebidas. La paciencia, la escucha activa, la motivación, deben ser implementos a utilizar en el trato diario del personal administrativo hacia el paciente.

Hablamos de una relación clave dentro del sistema sanitario, si tenemos en cuenta que las tareas del personal administrativo están presentes en todos los ámbitos del mismo. La relación personal administrativo- paciente es una relación activa, condicionada por una constante interrelación de actuaciones necesarias para el buen desenvolvimiento del sistema sanitario en general y es esta una de las principales razones por las que ha de apostarse por un enriquecimiento de valores y aptitudes positivas en torno a la misma.

6 Bibliografía

1. El lenguaje correcto: un medio de comunicación entre el paciente y el Auxiliar Administrativo, el celador y el personal sanitario en general. Ocronos Editorial Científico Técnica. (Internet citado 2 enero 2020). <https://revistamedica.com/lenguaje-correctopaciente-auxiliar-administrativo-celador-personal-sanitario>.
2. Hernández, J. Diferencia entre lenguaje y comunicación. [En línea]. Disponible en: <https://www.webdelprofe.com/diferencia-entre-lenguaje-y-comunicacion/> [Consultado el 17 de octubre de 2019].
3. El papel del personal administrativo en la atención al paciente. Ocronos Editorial Científico Técnica. (Internet citado 19 noviembre 2020). <https://revistamedica.com>.

com/papel-personal-administrativo-atencion-paciente.

4. El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional. Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Asociación de Administrativos de la Salud. Autores: Josep María Marsol Más. Francesc Mayench Ariza. Patricia M.^a Olivares Ventura. Montserrat Olivé Ribalda. Núria Pagés Casas. Ana Sánchez Martínez. Mercedes Sevilla Vega.

Capítulo 230

EL CELADOR EN APOYO A UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

GONZALO RUBIO ARAQUE

ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ

GELDA VILLAMOR AGUADO

JAIME ORTIZ MARTIN

LAURA CASERO HERNÁNDEZ

1 Introducción

En este capítulo, hablaremos del apoyo del celador ante una parada cardiorrespiratoria que, cabe destacar, desde el primer momento, que es vital para salvar la vida del paciente.

En muchas ocasiones, para que pueda procederse a esta técnica de RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) el celador deberá realizar una serie de procedimientos con respecto a la movilización del paciente y más, para que el personal sanitario pueda actuar.

También, debe destacarse, que el celador debe conocer todo el proceso, ya que, ante un caso de necesitar rapidez, el, como persona y acto humanitario, deberá realizarlo.

A continuación, nos introduciremos en las definiciones más importantes, para poder comprender qué ocurre en esta situación:

“La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea”.

“La Resucitación Cardiopulmonar (RCP) comprende un conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de PCR, sustituyendo primero, para intentar reinstaurar después la respiración y circulación espontáneas”.

Existen diversos factores que pueden derivar a una parada cardiorrespiratoria:

- Cardiovasculares (IMA, embolismo pulmonar, etc.).
- Respiratorias (obstrucción de las vías aéreas, broncoaspiraciones, neumotórax, etc.).
- Metabólicas (Hiperpotasemia, hipopotasemia, etc.).
- Traumatismos (torácico, hemorragias, etc.).
- Shocks.
- Hipotermias.
- Sobredosis de agentes anestésicos.

Existe un exhaustivo protocolo que dicta los procedimientos a seguir a la hora de realizar la RCP, pero en este capítulo, hablaremos de la actuación del celador en el medio hospitalario, ante esta situación y en apoyo al equipo sanitario.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes procedimientos que debe realizar el celador a la hora de la actuación.
- Comprender la importancia del celador en este proceso.

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

En este apartado, desglosaremos todas las funciones que el celador debe realizar y el poyo que debe aportar tanto al personal sanitario, como al paciente y para

que el proceso salga correctamente.

Una vez que la parada ha sido identificada, el celador, deberá identificar diferentes puntos:

- Si el paciente se encuentra en el suelo, el celador deberá retirar todos los objetos que puedan obstaculizar la reanimación cardiopulmonar, así como, los objetos o mobiliario que puedan causar cualquier daño tanto al paciente como al resto del equipo.

También, deberá colocar al paciente en decúbito supino (DS), con miembros (inferiores y superiores estirados) y cabeza en hiper extensión.

- Si el paciente se encuentra sentado, el celador, deberá dejarlo en el suelo, en decúbito supino, de la forma anteriormente descrita, si lo tenemos a mano, es interesante colocar una sábana en el suelo, para evitar el contacto directo con el suelo y el paciente.

Esta actuación, debe ser rápida y precisa, solo el celador es capaz de realizar esta técnica sin causar daños en la integridad física del paciente.

- Si el paciente se encuentra en la cama, el celador deberá dejar la cama completamente en horizontal, colocando una tabla entre paciente y la cama, así se asegurará una superficie rígida y se facilitará la RCP.

También, es importante, que el celador vele por la intimidad del paciente, y asegurará que toda persona ajena no sanitaria, se encuentre dentro de la habitación. Ayudará a la retirada de la ropa o camisón que porte el paciente, así se ganará el tiempo posible y será mucho más sencillo poder actuar.

El celador, tiene también, la función de proporcionar cualquier material que sea necesario y sea pedido por el personal a cargo de la reanimación cardio pulmonar. Si fuera necesario, también, deberá participar en la reanimación, tanto en las insuflaciones como en las complexiones torácicas.

Es importante, que el celador, permanezca en este procedimiento para poder prestar cualquier ayuda que se requiera.

Si el paciente se recupera, dependiendo de donde se encuentre, el celador deberá colocarle y movilizarle en la cama para garantizar su bienestar, así como, si necesitara la atención de otros servicios como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o quirófano, deberá realizar el traslado inmediato a dichas unidades.

Si el paciente falleciera, también, se le debe acomodar y colocar, respetando siempre, en todo momento la integridad del fallecido.

Para muchas de estas actuaciones, es importante la existencia de dos celadores, así se realizarán las movilizaciones de la mejor manera posible.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos comprobar, sin los pasos previos del celador, no es posible una ejecución intacta de la técnica de la RCP (Reanimación Cardio Pulmonar).

Es un integrante fundamental en este proceso.

Sin unas correctas movilizaciones, las causas podrían ser fatales para el paciente.

Se disminuiría la rapidez, podrían ocasionarse lesiones al paciente, incluso, no sería posible realizar la RCP y esto, conllevaría a la muerte del paciente.

Es por todo esto, que la actuación del celador es de vital importancia, realiza ciertas funciones que no pueden ser realizadas por otros compañeros o categorías.

Las funciones del celador, siempre, van ligadas al bienestar del paciente, e incluso en un momento como una parada cardiorrespiratoria, que parece que la función principal es la del equipo médico o de enfermería, pero, es importante destacar, que este protocolo, no sería capaz de realizarse sin la presencia del celador.

6 Bibliografía

1. <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v45n3-4/cir19306.pdf>.
2. <https://www.enfermeriaencardiologia.com/des/parada-cardiorrespiratoria/>.

Capítulo 231

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

JAVIER MELLADO MONTEJANO

ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA

ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE

1 Introducción

Según el Estatuto de Personal no Sanitario establece la primera función del celador la redacta de la siguiente manera. Tramitaran o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se le requiera. También trasladarán las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores.

El trabajo del celador es tan necesario e importante que sin su ocupación el progreso de la Institución se paralizaría.

El celador trasladará sin tardanza todos los objetos de un centro sanitario como, cajas, medicamentos, tubos, mobiliario, paquetes del servicio de esterilización, etc.

El celador deberá trasladar con rapidez, diligencia y seguridad las comunicaciones verbales y los documentos internos. La información deberá ser veraz, comprensible y adecuada.

El celador se hará responsable de los documentos y objetos confiados, adoptará las medidas adecuadas para que lleguen a su destino sin deterioro y guardarán en todo momento el debido sigilo y reserva de todo lo conocido. Es muy importante una buena formación y aptitud de este personal no sanitario el cual tendrá diferentes funciones dependiendo de la zona en la que se encuentre trabajando.

2 Objetivos

- Exponer el procedimiento adecuado que debe realizar un celador durante el traslado de documentación clínica o no clínica.
- Exponer la actuación de un celador durante el traslado de mobiliario y cargas dentro de la institución sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las más reputadas bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo, celadores online, formacurae, entre otras y seleccionando los contenidos más completos, de mayor calidad y claridad para la exposición.

4 Resultados

Los celadores transmitirán a sus compañeros, superiores, subordinados o usuarios en general las comunicaciones verbales y no verbales que les indiquen sus superiores, por delegación de éstos. Estas podrán ser instrucciones, mensajes, información general, etc.

El método de confiar los documentos, correspondencia, objetos, dispositivos y muebles no siempre deberá ser oral. A veces es necesario hacerlo por escrito para plasmar las responsabilidades.

El celador no entregará registros médicos a personas no autorizadas y debe cooperar para evitar pérdidas accidentales.

El celador obtendrá acceso sólo a los datos de la historia clínica que sean necesarios para realizar funciones.

El documento es una información que no siempre estará en soporte papel, a veces y cada vez con mayor frecuencia estará digitalizado, por este motivo hay

diferentes tipos de documentos.

Según su forma

Gráficos: manuscritos, historias clínicas, etc.

Tipográficos: Libros, impresos, fotocopias, etc.

Iconográficos: Grabados, fotografías, radiografías, planos, etc.

Plásticos: sellos, medallas, etc.

Fónicos o sonoros: discos, compactos de música, cintas, etc.

Audiovisuales: vídeos, películas, diapositivas, etc.

Informáticos: CD ROM, memorias USB portátiles, disquetes, etc.

Según su origen:

Primarios: libros, folletos, informes, historias clínicas, etc.

Secundarios: boletines de sumarios, resúmenes, etc.

Terciarios: perfiles bibliográficos.

Los documentos que con mayor frecuencia trasladarán los celadores son:

Hojas de interconsulta, pedidos de almacén y de farmacia, partes de mantenimiento, historias clínicas, peticiones y resultados de analíticas, banco de sangre y pruebas diagnósticas, partes de quirófano, petición de exploración, peticiones de citas y ordenes de hospitalización.

Según su objetivo:

Documentación sanitaria será la generada como consecuencia de la atención recibida de un paciente en atención primaria, especializada. Esta información se podrá dividir en:

- Documentación clínica que contendrán datos, evaluaciones e informaciones de cualquier tipo sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso de atención.
- Documentación no clínica serán los documentos administrativos para la gestión, organización y coordinación de recursos del centro de atención sanitaria.

Historia clínica será el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y otros especialistas que hayan intervenido en ellos.

Los profesionales sanitarios deberán cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial del paciente.

La divulgación del silencio y decoro establecido causará una sanción disciplinaria

para el celador.

En referencia a la manipulación de cargas es una tarea bastante frecuente que puede producir fatiga física o lesiones como contusiones, cortes, heridas, fracturas y lesiones musculares. Las zonas más sensibles son los hombros, brazos, manos y espalda.

Será en el colectivo del celador una de las causas más frecuentes de accidentes laborales.

Los aparatos y mobiliario a trasladar son muebles, proyectores, fotocopadoras, ecógrafos, escopias, colchones, material de lencería debiendo el celador dejarlo enchufado y conectado, si es necesario, y en el lugar indicado para su uso.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el celador cumple, entre muchas otras, funciones con todo lo que está relacionado con el desplazamiento y traslado de comunicaciones orales o impresas y mobiliario.

Por ello es importante que los trabajadores que realizan este tipo de tareas estén convenientemente entrenados e informados de los posibles riesgos que se pueden producir.

Al igual que el resto de los empleados, tendrá la obligación de la reserva, guarda y sigilo del secreto de la información médica y de la documentación de los pacientes que maneje por su trabajo.

El celador debe planificar su trabajo y acondicionar las cargas de forma que no se produzcan movimientos del contenido. Es muy útil usar ayudas mecánicas como las grúas y carretillas para el transporte.

6 Bibliografía

1. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-32-el-traslado-de-documentos-y.html>.
2. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/tema-12-traslados-de-documentos.pdf>.
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100005.

Capítulo 232

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UNA URGENCIA PSIQUIÁTRICA POR RIESGO DE SUCICIO, AGRESIVIDAD O AGITACIÓN.

ROSALÍA MATA GONZÁLEZ

1 Introducción

La psiquiatría es una rama de la medicina que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, así como de ciertos trastornos de la personalidad y la conducta, además de tratar de impedir y poner remedio a ciertas alteraciones psíquicas anormales (entendiendo como anormal lo que se desvía de la normalidad).

Según la OMS, se define la salud como el estado de completo de bienestar físico, psíquico y mental, y no solo la ausencia de enfermedades. La OMS también define la salud mental como la capacidad del individuo para conseguir unas relaciones armoniosas con los demás y para participar o aportar de manera constructiva a la modificación del medio social o físico.

En las unidades de psiquiatría el celador tiene una serie de funciones que se asemejan a las realizadas en un planta de hospitalización, como son ayudar en el aseo personal, vigilar el acceso, cuidar el entorno ambiental de los pacientes, traslado de éstos, además de otros que solo se dan en estas unidades como pueden ser el vigilar a los pacientes ante posibles agresiones o autolesiones, colaborar en la reducción de pacientes o controlar el suministro de tabaco de los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.

Además de estas funciones diarias, el celador tiene que saber cual es su labor en caso de que se produzca una urgencia o emergencia psiquiátrica.

2 Objetivos

- Dar a conocer cómo debe actuar el celador en caso de pacientes con riesgo de suicidio o en pacientes que puedan comportarse de manera agresiva o que puedan estar agitados.
- Dar a conocer cuál es el protocolo eficaz en la sujeción mecánica y terapéutica.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en la literatura existente sobre el tema en cuestión así como una exploración en los principales motores de búsqueda sanitarios como son PubMed, Medline, Scielo, con las palabras clave: salud mental, protocolos sujeción mecánica, riesgo suicida, entre otros.

4 Resultados

Existen dos situaciones diferenciadas en las que el celador tiene unas funciones específicas y que son las siguientes:

1. Pacientes en riesgo de suicidio:

- Permanecer al lado del paciente en caso de que éste vaya a utilizar algún material de riesgo como maquinilla de afeitar, etc.
- Conocer la situación (deambulación) del paciente en cada momento.
- Se controlará a estos pacientes frecuentemente durante la noche.

2. Pacientes agresivos o agitados:

- Avisar inmediatamente de la situación al médico y enfermera.
- Mantener un control ambiental que evite posibles estímulos externos.
- Pedir al resto de pacientes que se retiren .
- Informar al paciente de todo el procedimiento.

Ante estas situaciones hay que tener en cuenta que se debe proceder en función del protocolo establecido en cada unidad y que existe un protocolo en cuanto a la contención mecánica.

Actualmente contamos con tres tipos de contención del paciente que son la contención verbal (tranquilizar, estimular la confianza, etc.), la farmacológica y la contención física.

En cuanto a la contención mecánica física consiste en emplear sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc. Este tipo de contención ha de utilizarse siempre como último recurso.

La contención física está indicada en los siguientes casos:

- Conducta violenta que resulte peligrosa para el paciente o para los demás.
- Agitación no controlable con medicamentos.
- Que resulte una amenaza para su integridad física por negarse a comer, dormir, beber.
- En situaciones de riesgo que no se puedan controlar de otra manera temporalmente para proporcionarles medicación, o durante largos periodos de tiempo si no se le pueden administrar los fármacos o no le procuran el efecto deseado y continúan siendo peligrosos.

La contención mecánica ha de hacerse contando con 4 personas como mínimo y ha de ser siempre por el periodo de tiempo más breve posible.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el celador solamente ha de colaborar en la instauración de la contención mecánica y eventualmente en el traslado de pacientes e instrumental, es esencial que conozca una serie de principios generales que son aplicables ante cualquier situación de violencia:

- Intentar distraer al paciente a cierta distancia mientras esperamos la llegada del resto de personal.
- Es necesario que todo el personal conozca el procedimiento de actuación independientemente de la categoría profesional que posean.
- Evitar que haya público durante esta situación ya que envalentonaría al paciente y aumentaría la ansiedad del resto.
- Emplear siempre solo los sistemas homologados de sujeción física.

6 Bibliografía

1. JI Gallego-Gómez, N Fernández-García, AJ Simonelli-Muñoz, JM Rivera-Caravaca. Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias

hospitalarias: revisión sistemática. Anales Sis San Navarra vol.44 no.1 Pamplona ene./abr. 2021 Epub 21-Jun-2021.

2. Protocolo de contención mecánica SAS.

3. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Salud Mental. Ginebra: OMS, 2020. https://www.who.int/topics/mental_health/es/.

Capítulo 233

PREVENCION DE RIESGOS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO

SILVIA CORDERO LÓPEZ

1 Introducción

El personal no sanitario está expuesto a distintos factores de riesgo relacionados con el puesto de trabajo que desempeñan en el entorno sanitario. No poseer un plan de prevención y no adoptar las indicaciones necesarias, puede causar accidentes o enfermedades laborales.

De esta manera, las distintas causas de lesión suelen estar relacionadas con golpes, caídas, sobreesfuerzos físicos y accidentes de tráfico. Siendo estos últimos tanto en desplazamientos durante la jornada laboral como en el camino entre el domicilio y el lugar del trabajo, también conocido como accidente in itinere.

La Seguridad laboral se ocupa de los efectos agudos de los riesgos, como son los accidentes, mientras que la salud ocupacional trata los efectos crónicos de los riesgos es decir las enfermedades ocupacionales.

La Salud Ocupacional puede definirse como la salud del trabajador en su ambiente de trabajo. Pero, el concepto de salud va mucho más allá, no sólo comprende la salud ocupacional sino también la salud del trabajador fuera de su ámbito laboral. Por otra parte la salud del trabajador, también incluye a las patologías asociadas al trabajo y las derivadas de su vida fuera de su centro laboral.

En alguna ocasión, constituyen un grave problema de salud para el trabajador tanto físico como emocional, además esto conlleva que puedan producirse las consiguientes bajas de trabajo y el absentismo laboral.

2 Objetivos

- Identificar los distintos factores de riesgo a los que están expuestos los auxiliares administrativos así como también las medidas preventivas para solventarlos en la medida de lo posible.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo he llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, mediante la consulta de libros, revistas y las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas en las principales bases de datos como Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando también artículos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La Ley 31/1995 con fecha 8 de noviembre de Riesgos Laborales, refleja en su art 4, la definición de «riesgo laboral» la cual dice que es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño o peligro derivado del trabajo, por ese motivo, aunque sea un trabajo sin peligro a primera vista, existen riesgos y la no prevención de forma eficaz puede dar lugar a posibles accidentes y enfermedades que pueden suponer bajas.

La prevención que debemos seguir nos exige una evaluación del riesgo en los lugares de trabajo, de manera que se obtenga información precisa para que las personas encargadas establezcan las medidas preventivas oportunas. En cada uno de los puestos de trabajo debe realizarse la evaluación del riesgo que puede aparecer.

Algunas causas para actualizar la evaluación de riesgos vigente pueden ser las nuevas tecnologías que adquirimos, cambios en las condiciones de trabajo o accidentes o incidentes recurrentes además de su revisión periódica con participación del personal operativo de la empresa.

Vamos a ver ahora algunos de los principales riesgos laborales para los administrativos y personal no sanitario:

1.Caídas y golpes contra objetos como por ejemplo tropiezos o golpes contra diferentes objetos mal colocados o resbalar cuando está el suelo mojado.

2. Posturas y movimientos mal adoptados: Relacionado con los riesgos derivados de hábitos posturales incorrectos.
 3. Manipulación manual de cargas: Los trabajadores tendrán que manejar pesos como por ejemplo cajas de papel para impresoras, carpetas o archivadores.
 4. Fatiga visual: Causada por las horas delante de la pantalla del ordenador así como también por el contraste y brillo de las pantallas mal ajustados, una iluminación insuficiente o excesiva o reflejos sobre la pantalla.
 5. Riesgos acústicos: este riesgo nos puede generar estrés.
- Otros riesgos laborales como los factores térmicos o la calidad del aire también puede influir en nuestro desempeño en las tareas a realizar, así como las radiaciones y campos electromagnéticos que se generan por las pantallas de visualización y pueden intervenir en nuestro correcto funcionamiento.
6. Factores de tipo psicosocial: Asociados a la relación que hay entre los profesionales y el de estos con su entorno, tecnologías empleadas o falta de autonomía.

Ahora vamos a ver las medidas preventivas a adoptar para evitar los riesgos anteriores de la mejor manera posible:

1. Colaborar con las nuevas medidas para tener un buen orden dentro del centro de trabajo.
2. Mantener una posición alejada de las fuentes de radicación y eliminarlas siempre que sea posible.
3. Organizar el trabajo en equipo y repartir adecuadamente las tareas.
4. Observar todas las indicaciones y respetar las señales indicadas para evitar los posibles riesgos.
5. Ofrecer la máxima información al trabajador sobre sus tareas y procesos y facilitarle la formación adecuada.

5 Discusión-Conclusión

El empresario deberá siempre 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 actividad preventiva de la empresa que esté en vigor y la adopción de todas las medidas que sean necesarias para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores. (Art. 14 Ley Prevención de Riesgos Laborales)

Las personas que ejercen su profesión como auxiliares administrativos, aunque pensamos lo contrario, están expuestos a múltiples riesgos laborales. Estos pro-

fesionales, constituyen el principal elemento de seguridad a tener en cuenta en el trabajo, por ello es necesario un plan de prevención y evaluación de riesgos para evitar diferentes problemas de salud que pueden derivarse de la exposición a estos factores de riesgo.

También por supuesto está la parte del trabajador que es imprescindible a la hora de acatar las medidas impuestas para no tener ningún incidente.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-riesgos-laborales-medidas-preventivas-puesto-de-trabajo/>
- <https://revistamedica.com/prevencion-riesgos-laborales-auxiliares-administrativos/>
- <https://prevencionugtandalucia.es/prevencion-de-riesgos-laborales-administrativo/>

Capítulo 234

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: EL ÁCIDO FÓLICO EN LOS ALIMENTOS

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ

FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ

JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO

1 Introducción

Las vitaminas son sustancias que se consideran esenciales para nuestro organismo, que no pueden ser sintetizadas, o si lo realizan es en cantidades insuficientes, con lo que tienen que ser incorporadas a través de la dieta.

Las vitaminas se clasifican en dos grandes grupos, hidrosolubles y liposolubles, y ambos se distinguen entre sí en la forma de actuación en el organismo.

En este caso hablaremos de las vitaminas hidrosolubles: se denominan así porque se disuelven en agua y, por lo tanto, se eliminan a través de la orina, por lo que es fundamental consumirlas de forma habitual a través de alimentos. Estas vitaminas se eliminan fácilmente, tanto cuando los alimentos que las contienen son almacenados como cuando son tratados con procesos térmicos.

Entre las principales vitaminas encontramos las del complejo B (B1, B2, B3, B5, B6, B8, ácido fólico y B12) y la vitamina C.

En esta ocasión hablaremos del ácido fólico o b9. Todos los folatos tienen en común que la molécula está formada por un anillo que debe estar parcialmente reducido para poder encontrarlo en alimentos y en el organismo. En cuanto a su metabolismo, en los alimentos, los folatos se encuentran en su mayoría en forma de poliglutamato unido a proteínas, que son las formas intracelulares, y son liberados de estas proteínas por las proteasas intestinales, mientras que las formas extracelulares son monoglutamatos.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina las funciones principales del ácido fólico en los alimentos sobre nuestro organismo.

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

Cuando los monoglutamatos son absorbidos en la superficie intestinal, estos pasan a circulación general para dirigirse al hígado y a tejidos que sufren una gran cantidad de divisiones celulares, como el extrahepático, la médula ósea, la mucosa gastrointestinal y el sistema inmunitario. Los monoglutamatos son metabolizados sobre todo en el hígado, donde son reducidos y metilados para pasar a la circulación y dirigirse a distintos tejidos e internalizarse en la célula gracias a un sistema específico.

El folato, excretado como tal, es reabsorbido en el túbulo proximal. Otra excreción importante tiene lugar en la vesícula biliar, aunque gran parte se reabsorbe en el intestino delgado. También pueden encontrarse pérdidas fecales.

En cuanto a la función, se pueden formar numerosos compuestos implicados en procesos de donación y captación de moléculas de carbono, lo que hace posible que ocurran diversas reacciones. Además, interviene en la síntesis de nucleótidos y actúa juntamente con la vitamina B12 en la eritropoyesis.

Respecto a las ingestas diarias recomendadas, se sitúan en torno a los 400 microgramos (μg) de folatos, aunque este valor aumenta en mujeres gestantes, ya que esta vitamina es esencial para el crecimiento y la producción de ADN, por lo que es necesaria para formar tejido en el feto. Si este no se consume en cantidades adecuadas, el feto tiene altas probabilidades de padecer espina bífida. Los alimentos que contienen mayor concentración de ácido fólico son las verduras y las hortalizas, pero también en legumbres, frutos secos y algunas frutas. De origen animal, solo el hígado es una buena fuente.

El déficit de esta vitamina puede traer consigo muchas enfermedades relacionadas con la sangre, como anemia megaloblástica (llamada así por el gran tamaño que poseen las células de la médula ósea debido a que la maduración del citoplasma es mayor que la del núcleo, lo que provoca anemia, astenia, trastornos del sueño y la memoria, irritabilidad, convulsiones y demencia), defectos en el tubo neuronal, etc.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina las funciones principales del ácido fólico en los alimentos sobre nuestro organismo.

Conocemos la definición de vitaminas y sabemos que en concreto el ácido fólico pertenece al grupo de vitaminas hidrosolubles.

Además conocemos sus funciones en el organismo, la cantidad recomendada de ingestas diarias recomendadas y también sabemos que los alimentos que contienen mayor concentración de ácido fólico son las verduras y las hortalizas, pero también en legumbres, frutos secos y algunas frutas y también sabemos las consecuencias de un déficit de ácido fólico en el organismo

6 Bibliografía

1. Ácido fólico - Medline (10 diciembre 2019) <https://medlineplus.gov/spanish/folicacid.html>.
2. Ácido fólico, vitamina esencial para mujeres y hombres - Fiatc.

Blog (16 de octubre de 2018) <https://www.fiatc.es/blog/post/acido-folico-que-esybeneficios>.

Capítulo 235

EL PINCHE DE COCINA Y LA ORGANIZACION DE COMIDAS DE PACIENTES CON ALERGIAS ALIMENTARIA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ

FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ

JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO

1 Introducción

Las reacciones adversas a alimentos (en adelante RAA) se definen como reacciones que se presentan después de ingerir, tocar o inhalar ciertos alimentos o compuesto de ellos. Según la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP), se pueden clasificar en reacciones tóxicas (que dependen directamente de un alimento contaminado y afecta a cualquier persona) o no tóxicas (reacciones alérgicas e intolerancia debidas a la sensibilidad de la persona y no al alimento en sí). Si bien en la mayoría de los casos la exposición a

los alérgenos puede ocasionar respuestas clínicas leves tales como urticaria, en otros, puede provocar un shock anafiláctico e incluso la muerte.

El número de personas que presentan ese tipo de reacciones en los países desarrollados ha crecido de forma apreciable en los últimos años. Se estima que su prevalencia en Europa es de aproximadamente el 4-6 % de la población infantil y el 1-3 % de la población adulta. Aunque no existan estudios precisos en España, podemos afirmar que las personas hospitalizadas por otras patologías susceptibles de desarrollar una RAA representan un porcentaje no desdeñable de los pacientes ingresados a los que hay que asegurar la inocuidad de los alimentos ingeridos. Por ello, es imprescindible que el personal de servicio de cocina sea consciente de que no trabaja de forma aislada y que su intervención es particularmente relevante en cuanto a seguridad alimentaria y prevención de RAA, para no comprometer la recuperación de los enfermos en situación de vulnerabilidad por sus patologías previas.

2 Objetivos

Establecer la importancia de la colaboración de todas las partes implicadas, especialmente de los pinches, para proporcionar la seguridad alimentaria a los pacientes, a través de protocolos exhaustivos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 estudio demuestra la importancia de asegurar la inocuidad de los alimentos proporcionados a los pacientes ingresados susceptibles de presentar reacciones adversas alimentarias, gracias al trabajo conjunto de los actores implicados, al uso de las nuevas tecnologías y a la capacitación de los personales de servicio de las cocinas hospitalarias.

En primer lugar, cabe destacar el carácter esencial de la colaboración multidisciplinaria, incluyendo al conjunto de profesionales que participan a cualquier nivel en la restauración de los hospitales y la nutrición de los pacientes; cada profesional es complementario y necesario. La gestión de la alimentación y nutrición del paciente tiene que organizarse en el seno del equipo y no de forma parcelada, a través de protocolos determinando las responsabilidades y las modalidades de transmisión de la información entre los distintos actores.

En el momento del ingreso del paciente, incumbe a éste o a algún familiar suyo declarar la existencia de la RAA para que el auxiliar la registre en su historial y lo incluya en la base de datos con las demás informaciones pertinentes que tendrán un impacto en la comida servida: edad del paciente, dieta, posibles aversiones, etc. Hace falta que dichos datos sean completados y actualizados correctamente. Al hacerlo, el alérgenos del paciente se elimina de la dieta.

En cuanto al estado nutricional del paciente, se evalúa vía pruebas clínicas y/o biológicas que varían, según la patología, de acuerdo con las recomendaciones profesionales vigentes en la especialidad de que se trate. La responsabilidad de la prescripción nutricional recae en el médico y la elaboración de la dieta incumbe al nutricionista que transmite la dieta apropiada para cada paciente al servicio de restauración hospitalario. Allí, el personal de servicio encargado de la elaboración y distribución de las comidas actuará según el protocolo establecido. Dicha colaboración multidisciplinaria permite obtener una organización eficiente de los profesionales involucrados, en beneficio del paciente.

Dada la complejidad de la alimentación en los hospitales (debida, entre otras cosas, a la multitud de dietas existentes) y la necesaria coordinación interdisciplinaria (que se puede ver dificultada por la lejanía geográfica de los servicios implicados), las nuevas tecnologías, tales como aplicaciones o software de gestión, adquieren un especial protagonismo, ya que ofrecen un vínculo entre los distintos miembros de los equipos que intervienen en la atención al paciente. Son también el complemento idóneo al método de control de Análisis de Puntos Críticos (APPCC), vigente en el servicio de restauración, y diseñado para evaluar los peligros, porque facilitan, entre otras cosas, la logística que rodea a las RAA. Una vez que un alérgeno se asocia con un producto de la aplicación o software, el producto no será introducido en la dieta del paciente. De esta forma, se identifican y previenen los riesgos inherentes a la ingesta de alimentos con alérgenos.

En la cocina hospitalaria, el uso de una herramienta informática presenta otras ventajas, ya que permite informar en tiempo real sobre la composición de la comida elaborada desde su composición nutricional al proceso de cocción, pasando por la presencia o no de alérgenos, etc. Además, constituyen una excelente her-

ramienta para proporcionar al paciente información sobre los alérgenos potenciales y cumplir de esta forma con el Reglamento (UE) n° 1169/2011 en relación a la información que se debe facilitar al consumidor sobre alergias e intolerancias alimentarias y, en su caso, con la norma UNE-EN ISO 22000:2018 sobre gestión de la inocuidad de los alimentos. De este modo, se puede evaluar en todo momento el riesgo del paciente.

En tercer lugar, y no menos importante, cabe destacar el papel crucial que desempeña el personal del servicio de restauración hospitalaria en la prevención de las RAA en los pacientes, desde el jefe de servicio de cocina al pinche/auxiliar de servicios, ya que son ellos los encargados de preparar, cocinar, emplatado los alimentos y mantener la higiene de la cocina. Aunque el personal deba cumplir con el Codex Alimentarius, unos protocolos estandarizados y unos planes de control exhaustivos de limpieza, desinfección y alérgenos, el personal de dicho servicio tiene que ser capaz de personalizar las dietas, sabiendo gestionar los pedidos de dietas sin alérgenos y conocer en todo momento los aspectos generales de las RAA para preservar la salud de los pacientes ingresados. Para ello, resulta imprescindible que dispongan de toda la información necesaria y cuenten con una formación adecuada y actualizada con el objetivo de dotarles de los conocimientos y la capacitación necesarios para:

- Conocer la legislación vigente en materia de higiene alimentaria y alérgenos de obligado cumplimiento (particularmente Reglamento (UE) n° 1169/2011, del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011).
- Identificar los distintos alérgenos alimentarios existentes y conocer los ingredientes alternativos que se pueden utilizar en la elaboración de las comidas con la ayuda de fichas técnicas y sistema de gestión informática.
- Concienciarse de los posibles riesgos que entraña la presencia de alérgenos en los alimentos.
- Establecer un adecuado sistema de control de alérgenos siguiendo la trazabilidad de la materia prima desde su recepción hasta su emplatado.
- Proceder a una adecuada manipulación de los alimentos e identificar los puntos críticos para prevenir la contaminación cruzada durante la preparación, el almacenamiento, la elaboración o el emplatado.
- Identificar las buenas prácticas de higiene tanto personales como de las instalaciones e utensilios.
- Entender la información presente en el etiquetado de los productos utilizados para conocer bien qué ingredientes contienen o los que excluye.
- Dar al paciente la información requerida por la legislación (por ejemplo, a través de tarjetas de emplatado que acompañan las bandejas que se sirven a los pa-

cientes).

- Comprender la necesidad de aplicar las medidas definidas.

5 Discusión-Conclusión

Dada la alta probabilidad de tener pacientes ingresados con RAA en los hospitales resulta necesario garantizar la ausencia de alérgenos en las comidas que se les propone desde el servicio de restauración. Aunque no exista el riesgo cero en materia de alergias, la aplicación del sistema de autocontrol existente del tipo APPCC y el cumplimiento de la legislación en la materia permiten garantizar en gran medida la seguridad alimentaria de los pacientes.

Sin embargo, tal como se ha demostrado, resulta también imprescindible la colaboración de todos los actores que intervienen en la alimentación del enfermo. Para ello, la implementación de sistemas de gestión informática es ineludible, ya que permiten crear un nexo entre el paciente y el equipo hospitalario y entre los propios integrantes de equipo multidisciplinar. Es también fundamental la concienciación del personal de servicio de las cocinas hospitalarias sobre la importancia de su papel en la gestión de los pacientes alérgicos gracias a una formación exhaustiva en materia de higiene alimentaria y alérgenos.

6 Bibliografía

1. Caracuel García, Ángel Manuel. Normalización en la Alimentación Hospitalaria Nutrición Hospitalaria [Internet]. Vol. 31, núm. 5, 2015, pp. 41-47. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com>.
2. De Diego Blanco BS. Atención a comensales con dieta específica en los servicios de restauración a colectividades [Attention to diners with specific dietary needs in mass catering services]. Nutr Hosp. 2018; 35 (Nº Extra. 4):130-135. Published 2018 Jun 12. doi:10.20960/nh.2138. Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org>.

Capítulo 236

EL PINCHE DE COCINA: LA BUENA PRÁCTICA Y BUENA MANIPULACIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ

FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ

JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO

1 Introducción

En la Organización hospitalaria la alimentación cobra un valor especial, ya que no solamente hay que hacer llegar hasta los pacientes la comida adecuada sino que también en las debidas condiciones de rapidez, temperatura, comodidad de uso y por supuesto Máximo rigor sanitario.

Es fundamental que todos los trabajadores de la cocina hospitalaria incluyendo la figura del pinche, extremen las precauciones para que el producto ofrecido sea de calidad gastronómicamente hablando si no que también se actúe con el máximo rigor sanitario, impidiendo la contaminación.

La higiene personal en la manipulación de alimentos a la hora de prevenir las intoxicaciones y enfermedades alimentarias es fundamental, por lo que es importante que el manipulador sea consciente de la higiene personal. En la cocina

hospitalaria se preparan y sirven grandes cantidades de alimentos que se destinan a pacientes que muchas veces tienen desnutrición o incluso están inmunodeprimidos, es por eso que los pacientes están en un riesgo mayor de contraer alguna enfermedad o intoxicación alimentaria.

Es por esto que la prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos implica la adopción de medidas institucionales de higiene personal y colectiva, limpieza y desinfección diaria de utillaje, así como de las zonas de elaboración y preparación, y una desratización y desinsectación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la higiene alimentaria como: "el conjunto de medidas necesarias para asegurar la salubridad, inocuidad y buen estado de los productos destinados a la alimentación, en todas las etapas de su preparación".

La contaminación del alimento se puede producir en cualquier etapa, no solo en la elaboración y distribución al realizar prácticas incorrectas de manipulación y/ o conservación. Por ello hay que cumplir con las normas de higiene y buenas prácticas de manipulación en todo el proceso, desde la materia prima hasta llegar al emplatado pasando por todas las fases.

2 Objetivos

Dar a conocer cómo mejorar las competencias de los manipuladores de alimentos en las buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos en la cocina hospitalaria.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica avanzada, metódica y en profundidad en diferentes fuentes y bases de datos de información científica, tales como revistas científicas, comunicaciones, tanto online como en formato libro.

Se han incluido todos aquellos artículos que cumplieran los criterios de inclusión establecidos basados en los descriptores de ciencias de la salud.

4 Resultados

Se deben tener unas buenas prácticas de manipulación durante las siguientes fases:

1. Transporte de vehículos:

El camión debe tener la caja de almacenamiento de alimentos independiente de la cabina del conductor. La temperatura de la caja de almacenamiento debe ser la que necesite el alimento para su correcta conservación. Productos refrigerados hasta 7 grados y productos congelados entre -14 y 18 grados. El vehículo debe estar siempre limpio, los envases de los alimentos estarán contruidos con materiales aprobados por el Ministerio de Sanidad. El transportista vestirá ropa de color claro, que se pondrá durante la carga y descarga de los alimentos perecederos.

2. Recepción de alimentos:

Revisar la documentación que acompaña a la mercancía y comprobar que los envases y embalajes están intactos y con etiqueta.

3. Almacenamiento de los alimentos:

Todos los alimentos estarán colocados sobre estanterías a unos 30 centímetros del suelo, y se colocarán por clases. Los alimentos más próximos a caducar serán los que estén en la zona visible de las estanterías. Los alimentos que requieran frío se almacenarán en cámaras frigoríficas y congeladores.

4. Preparación de los alimentos:

Esta fase incluye todas aquellas actividades que se realiza sobre alimentos, en la zona o locales dedicados a cuartos fríos, para el posterior cocinado de los mismos, este es un puesto habitual de la figura del pinche de cocina. Se volverán a revisar los alimentos de manera que sigan conservando sus propiedades y sean correctas las fechas de consumo. No se utilizarán las zonas de preparación como lugar de almacenamiento.

5. Cocinado de los alimentos durante esta etapa hay que procurar que el alimento mantenga sus cualidades nutritivas, armonizando el tratamiento térmico y el tiempo que este dure con el mantenimiento de la calidad nutritiva. De esta manera el alimento será seguro desde el punto de vista sanitario.

6. Emplatado y servicio:

No tocar objetos ajenos a la actividad como dinero o útiles devueltos, pues pueden estar contaminados. Servir inmediatamente una vez el alimento está cocinado. Utilizaremos utensilios adecuados para emplazar evitando utilizar las manos. Es obligatorio conservar muestras testigo que son muestras de menús que se han elaborado en la cocina.

5 Discusión-Conclusión

Además de las buenas prácticas de manipulación, los manipuladores de alimentos son una de las principales fuentes de contaminación, la piel, las manos, la nariz, la boca, los oídos y el pelo son partes del cuerpo con los que hay que tener especial

cuidado cuando se manipulan alimentos. También debe tenerse cuidado con los cortes o heridas, con el tipo de ropa, con los objetos personales como son joyas y con los hábitos higiénicos en general. Cada mercancía debe ser manipulada de forma distinta y de acuerdo a su naturaleza.

Este proceso se realiza por medio de una serie de equipos que permitan minimizar los tiempos de manipulación y almacenamiento y contribuyan a la eficiencia. Debemos saber que los microorganismos están en todas partes, por lo que debemos controlar su presencia desarrollando medidas correctivas para su eliminación.

6 Bibliografía

1. Rojas, L,Willms ,k (2017, noviembre 7). Aplicación de las BPM en la cocina hospitalaria. Revista unida científica, 1(2). Recuperado a partir de <http://162.243.26.97/un/index.php/un/article/Viesques/16>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 237

LAS FUNCIONES GENERALES Y LOS CELADORES

MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO

JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO

MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE

LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO

JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL

1 Introducción

A día de hoy casi no conocemos la historia de como surgieron los primeros celadores en las distintas instituciones sanitarias.

Tenemos las primeras menciones sobre los celadores sobre el año 1874.

Podemos decir que no nos imaginamos un centro hospitalario sin la ayuda de este personal, ya que son ellos los que con sus funciones y sus normas hacen que se respete y se mantenga la armonía en estos centros sanitarios.

Los celadores son el personal no sanitario que trabaja para las instituciones sanitarias.

La principal tarea que tienen los celadores es lograr alcanzar el mejor funcionamiento de los centros hospitalarios, entregándose al completo a realizar la vigilancia del mantenimiento de los centro hospitalarios, poniendo orden en los mismos y ayudando y asegurando el correcto cumplimiento de las normas.

El celador forma parte del personal de los servicios sanitarios donde sus labores se encuentran reguladas en el estatuto preconstitucional del año 1971.

Este estatuto ha sido creado de una manera en la que se ha podido ajustar a su régimen jurídico.

Hoy en día, la regla básica del ya nombrado personal viene promulgada por la ley 55/ 2003 de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

2 Objetivos

Con este capítulo queremos conseguir como objetivo principal realizar un breve resumen de las principales labores que los celadores deben realizar, ya que son las que se localizan escritas en el artículo 14.2 del estatuto de personal no sanitario al servicio de las instalaciones sanitarias de la seguridad social.

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 esta parte específica vamos a recopilar las labores en general que debe de realizar un celador sobre las instituciones sanitarias.

En lo que a los pacientes respecta, los celadores deben de realizar el transporte y ofrecer la ayuda básica a los mismos en las siguientes circunstancias:

Efectuarán los ingresos desde el área de urgencias hasta la planta de hospitalización señalada.

También efectuarán los ingresos desde el área de admisión a la planta de hospitalización indicada, siempre con la carpeta del ingreso su mano.

Trasladarán a los enfermos ingresados desde el servicio donde se encuentren hasta su planta hospitalización.

Adaptarán a los enfermos en sillas, camillas y sillones.

Dirigirán a los enfermos para que estos puedan ir al baño.

Facilitarán la información de carácter general como por ejemplo: los horarios de las consultas médicas, las localizaciones de estas.

Proporcionarán sin tardanza las comunicaciones verbales, las historias clínicas, los documentos importantes, además de entregar a sus superiores los objetos privados.

Distribuirán las peticiones emitidas por los servicios de pruebas a las distintas áreas del hospital como por ejemplo: farmacia, laboratorio o banco de sangre.

Trasladarán el mobiliario que necesite el médico o las enfermeras o simplemente trasladarán también el mobiliario roto o defectuoso.

Efectuarán turnos de guardia cuando lo requieran y siempre dentro de los turnos que tengan asignados.

Ejecutarán raramente alguna tarea de limpieza cuando se les ordene, o por que el personal sanitario que lo ejecuta no sea el indicado, no respete o no estén conforme a la situación, también limpiarán los celadores cuando los objetos a mover pesen.

Custodiarán junto con el resto de personal sanitario que los pacientes hagan una utilización debida de los materiales y de las ropas que les brinda las instituciones sanitarias, intentando evitar dentro de lo posible el deterioro de los materiales y muebles del servicio de banco de sangre.

Actuarán de ascensoristas cuando se le estipule ese cometido especialmente en su sección o cuando su zona de trabajo lo requiera dado a las necesidades que este tenga.

Custodiarán las entradas del centro hospitalario y prohibirán el acceso a estas a las personas ajenas a estas dependencias, sólo admitirán la entrada a personas autorizadas para acceder al edificio.

Cuidarán los comportamientos de los pacientes y de sus acompañantes, impidiendo así que los acompañantes puedan fumar dentro de las instalaciones hospitalarias o dentro de las habitaciones de hospitalización.

Vetarán la entrada de alimentos ajenos al centro hospitalario o aquellas acciones que perjudiquen seriamente a los enfermos o al orden de las instituciones sanitarias.

Impedirán la deambulaci3n de los pacientes por los pasillos del servicio, y en caso de pérdida, los celadores auxiliarán a los pacientes para que estos puedan regresar a sus habitaciones.

5 Discusión-Conclusión

Con este capítulo hemos llegado a la breve pero muy importante conclusión de que las funciones en general que tiene los celadores son una de las acciones más importantes que se encuentran en los centros hospitalarios, ya que gracias a sus variadas funciones pueden conseguir una organización mejor de los centros.

Por eso los celadores deben de tener una alta profesionalidad, ya que muchos enfermos no saben lo que está ocurriendo por que se suelen encontrar desubicados. Tiene que ser unos profesionales amables, simpáticos, respetuosos y sobre todo muy comprensivos con las distintas circunstancias de cada enfermo y de cada acompañante.

6 Bibliografía

1. Valencia, G., & Luis, P. (2007). Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud-enfermedad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(2), 13–20. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000200003.
2. Online, C., & Perfil, V. T. mi. (s/f). Tema 1. El Celador: Funciones Generales. Blogspot.com. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>.
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 238

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

GLORIA MARTINEZ HUECAS

1 Introducción

La información administrativa es el primer contacto que tiene el paciente cuando llega al servicio de Urgencias en el sector sanitario y sociosanitario, mediante esta información se accede a sus derechos y obligaciones y a la utilización de sus bienes y servicios.

La función del servicio de urgencias es valorar al paciente para posteriormente, diagnosticarlo, tratarlo y evaluarlo, para eso el auxiliar administrativo es el profesional encargado de unir ambas funciones.

Además el personal auxiliar administrativo, se integra como parte del personal estatutario en hospitales y centros sanitario, siendo el encargado de facilitar la información adecuada al ciudadano. Centrándonos en el servicio de urgencias, tanto esta información como el tratamiento del paciente deben ser específicos y conllevar una serie de particularidades.

La información asistencial es uno de los derechos más importantes del paciente y esta es la función de los auxiliares administrativos: ofrecer esa información.

En el servicio de urgencias el personal sanitario o/y sociosanitario, se encuentra: informar de la evolución del paciente y de las decisiones que el personal médico toma con respecto a su situación. Los procedimientos que explicaremos serán: recepción o admisión, triaje, atención clínica, 112.

Además, como Auxiliar administrativo se debe conocer los tipos de urgencias que existen y su orden de importancia.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias.

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: urgencias, 112, triaje, auxiliar administrativo, funciones, recepción.

4 Resultados

Como ya hemos reseñado con anterioridad e investigando la bibliografía podemos decir que la información asistencial es uno de los derechos más relevantes del paciente y la función de los auxiliares administrativos es ofrecer esa información además en el servicio de urgencias el personal sanitario y/o sociosanitario donde se informará de la evolución del paciente y de las decisiones que el personal médico tomen respecto a su situación.

Podemos reseñar que los procedimientos a seguir por los auxiliares administrativos son:

1. Recepción o admisión:

Se recopilan los datos administrativos y la información necesaria para el registro del paciente. En este momento se hace entrega de la pulsera identificativa que deberá llevar hasta que sea dado de alta. Puede darse el caso que según el estado del paciente exija que sea conducido directamente a la zona de clasificación o a los boxes, serán los familiares o acompañantes quienes deben realizar el trámite de admisión.

2. Clasificación (Triage):

Se clasifica según la gravedad, sintomatología y problemas de salud que presenta

el paciente cuando llega al servicio de urgencias, nos permitirá definir la prioridad de la atención. La escala de priorización se hace en cuatro niveles.

Auxiliar-administrativo-servicio-urgencias-gravedad-atención.

Después de la clasificación inicial la situación de los pacientes puede variar, el paciente volverá a ser evaluado periódicamente, dependiendo de su situación previa, para identificar los cambios de estado clínico que puedan experimentar.

3. Atención clínica:

La atención clínica en el servicio de urgencias se desarrolla en tres áreas:

- Consultas: donde se revisa la historia del paciente, se explora y se evalúa por el médico.
- Salas: salas de espera, para pacientes ya valorados en consulta y que precisan algún tipo de tratamiento y para familiares y acompañantes. Existen dos salas asistenciales: una para adultos y otra pediátrica.
- Boxes: espacio para la atención de los pacientes que requieran la utilización de una cama y que presentan procesos de tratamiento inmediato o monitorizado para observar su evolución clínica.

Siempre que la situación sea favorable (no Covid) se permitirá la presencia de un acompañante.

4. El 112:

La Decisión del Consejo de las Comunidades Europeas 91/396/CEE, de 29 de julio, establece la obligación de los estados miembros de introducir el número telefónico 112 como llamada de urgencia. Se establece como número único de asistencia a la ciudadanía ante cualquier tipo de emergencia.

Tipos de urgencias según el orden de importancia:

- Urgencia en primer grado:

Se pueden catalogar las urgencias de primer grado: problemas respiratorios que no pueden ser corregidos por sí solos, pérdida de conciencia, paro cardíaco, fracturas graves, pérdida excesiva de sangre (más de 1l), perforaciones torácicas o heridas abdominales fuertes.

- Urgencia en segundo grado:

Son menos graves que las anteriores, pero exigen ciertos cuidados y se mantiene el riesgo en la salud del paciente. Podríamos nombrar: pérdida moderada de sangre (sobre 500cc.), quemaduras de tipo AB y B, daños craneoencefálicos con conciencia o lesiones dorsales.

- Urgencia en tercer grado:

Aquellas que pueden dar lugar a lesiones mortales si no son tratadas de inmediato. Pacientes con pocas posibilidades vitales. Entre ellas podemos nombrar: las lesiones graves de columna vertebral, quemaduras en más de 40% del cuerpo,

lesiones craneoencefálicas o torácicas graves.

Clasificaciones de las urgencias por clases:

1. Urgencia Clase IV:

Pueden tardar hasta un día para su atención mientras el paciente puede permanecer en observación para su valoración.

2. Urgencia Clase III:

Tiempo de atención entre 40 y 60 minutos. Pueden ser complicaciones en el paciente tales como dificultad al respirar, dolores de cabeza agudos, taquicardias leves, sangrado controlado, elevación de la temperatura e infecciones.

3. Urgencia Clase II:

Tiempo de atención de 15 a 20 minutos. Podemos catalogar a pacientes con temperaturas sumamente elevadas, deshidratación, dificultades respiratorias que exigen colocación inmediata de oxígeno. y hemorragias no controladas.

4. Urgencia Clase I:

Atención inmediata. Clasificamos aquí a pacientes con escasos signos vitales, traumatismos graves, evidencia de gran pérdida de sangre, infartos y accidentes cerebrales.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir después de revisar exhaustivamente la bibliografía que el principal objetivo del auxiliar administrativo en los servicios de urgencias es organizar, gestionar, planificar y programar la actividad asistencial, así como dar el apoyo administrativo necesario.

Podemos extraer que la unidad de urgencias se define, como una organización de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, que ofrecen una asistencia multidisciplinar y cumplen una serie de requisitos estructurales, funcionales, como de organización; y así garantizar la calidad, eficiencia y seguridad que requiere el Servicio de Urgencias o Emergencias.

Teniendo en cuenta esta definición podemos decir que los auxiliares administrativos es de vital importancia conocer los protocolos a seguir en estos servicios así como la normativa vigente además de facilitar el tratamiento e información de forma clara y concreta y actuar conjuntamente con el resto del equipo sanitario para la mejor atención del paciente.

6 Bibliografía

1. L 25/1997, de 26 de diciembre, de regulación del servicio de atención de urgencias 1-2-2.
2. L 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
3. L 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
4. <https://www.astursalud.es>.
5. <https://www.saludcastilla yleon.es/profesionales/es/urgencias>.

Capítulo 239

EL SERVICIO DE FARMACIA Y LAS TAREAS DE LOS CELADORES EN ÉL

MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO

JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO

MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE

LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO

JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL

1 Introducción

En los centros hospitalarios que contengan más de 100 camas, existe un servicio de farmacia, según la ley 29/2006 de 26 de julio que afianza unas cantidades y un uso justo de los medicamentos y algún que otro producto más, sanitario.

Las farmacias hospitalarias deben de estar orientadas y siempre bajo la plena facultad de un farmacéutico que sea especialista en las distintas farmacias de los centros hospitalarios.

Las farmacias hospitalarias, serán las encargadas de repartir los diferentes tipos de medicamentos que las plantas de hospitalización y los distintos servicios más complejos precisen.

Estas farmacias hospitalarias también pueden brindar una serie de medicamentos a los pacientes que no se encuentren ingresados, estos pueden necesitar un medicamento específico, y no lo pueden obtener en las farmacias de guardia o las

farmacias a pie de calle, entonces son estas farmacias hospitalarias las que brindan estos tipos de medicamentos. Estos medicamentos deben ir siempre acompañado de la receta médica del especialista, ya que sin esa receta el farmacéutico de la farmacia hospitalaria no le va a proporcionar el medicamento necesario.

2 Objetivos

Exponer las distintas características, además de mostrar las distintas tareas que la farmacia realiza a diario.

Además de dar a conocer y describir las labores de los celadores de las distintas farmacia hospitalarias

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 las farmacias hospitalarias existe una pirámide jerárquica. En el primer escalafón del todo se encuentra el director médico y los demás escalafones son los diferentes personales facultativos y además los no facultativos.

El personal facultativo está organizado por el jefe del servicio, el jefe de la sección, los distintos farmacéuticos adjuntos y los residentes.

Si el centro hospitalario es pequeño la figura del jefe de servicio no existiría, pasaría a ser al jefe de sección, con lo cual sería este el que realizaría las labores del jefe de servicio.

También tenemos a los distintos personales no facultativos, este escalafón se subdivide en dos partes.

La parte del escalafón personal sanitario, que está compuesto por la supervisora, las enfermeras, y por las técnicas en cuidados auxiliares de enfermería o TCAES. La parte del personal no sanitario, que está formado por los celadores y por los auxiliares administrativos.

Hay hospitales que tiene unas magnitudes más altas, estos hospitales contienen y presentan los servicios de farmacología clínica.

Como bien hemos nombrado antes, la zona de la farmacia hospitalaria es la que manda los medicamentos a los distintos servicios hospitalarios, siempre se manda la medicación que estos necesitan o que piden.

Dependiendo de la cantidad del material pedido o recibido, hay dos tipos de farmacias:

La farmacia pesada: es farmacia que el volumen y el tamaño puede llegar a superar unos niveles de peso determinado.

La farmacia ligera: es la farmacia que reparte los medicamentos diarios necesarios para los enfermos que se encuentran ingresados en las distintas plantas hospitalarias.

El tipo de medicamentos que necesitan los enfermos ingresados se denomina unidosis, es decir, el reparto de los medicamentos farmacéuticos individuales para cada uno de los pacientes.

Además la distribución de estos medicamentos, se ha de trasladar en los carros de medicación unidosis.

Las funciones del celador de la farmacia hospitalaria, suelen depender de las normas que sigan en cada uno de los diferentes hospitales, nosotros vamos a nombrar las que son más o menos generales y parecidas.

Aceptarán el material que llegue.

Transportarán el material que sea muy pesado.

Trasladarán el material dentro de las instalaciones farmacéuticas.

Organizarán los suero y el alcohol, repartiendo y depositando la carga en los distintos servicios hospitalarios.

Trasladarán desde el área de la farmacia hasta las distintas zonas hospitalarias los carros con las diferentes medicaciones pedidas.

Trasladarán los productos desde otros servicios hospitalarios hasta los servicios de farmacia.

Colocarán el alcohol en su sitio.

Cuidarán la farmacia.

Ayudarán en todo lo posible con los inventarios.

5 Discusión-Conclusión

La zona de la farmacia hospitalaria, es primordial, ya que es la encargada de abastecer al resto de servicios en cuanto a material sanitario y medicación se le relaciona.

Para ellos los servicios de farmacias hospitalarias ejecutarán las funciones para lograr conseguir una muy buena gestión, mejorar el uso y tener un control exhausto de los medicamentos, es decir lograr un uso razonable de los medicamentos.

El celador en esta unidad efectuará unas series de labores que colaborarán a que la unidad crezca con normalidad, ya que son los encargados de trasladar a los diferentes servicios del hospital la medicación y el material sanitario que estos necesiten y precisen.

6 Bibliografía

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>

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. (2018, noviembre 1). SEMES; Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). <https://www.semes.org>

(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 240

URGENCIAS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR

ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE

JAVIER MELLADO MONTEJANO

RAMONA CAMPOS CAMPOS

1 Introducción

El área de urgencias es la primera asistencia médica donde existe riesgo de muerte para los pacientes que llegan a la misma si no se recibe atención inmediata.

Lo primero que hay que hacer es distinguir mediante un triaje para valorar si se trata de una urgencia o una emergencia para poder actuar acorde a las necesidades de los pacientes a valorar. La emergencia necesita una actuación inmediata por la situación que presenta el paciente por lo que supone el riesgo vital para este, mientras que una urgencia se puede dividir según los síntomas donde estos se pueden demorar un periodo de tiempo no superior a 24-48 horas, bien sea en salas de observación o boxes para su pronóstico y en consecuencia su tratamiento ya sea en ingreso hospitalario o en alta domiciliaria.

Detrás de todo esto y para su perfecta organización se encuentran un equipo de profesionales; médicos especialistas, personal de enfermería, tcae, personal de administración, servicio de seguridad, personal de limpieza y celadores. El caso que nos ocupa en este tema es la figura del celador, que desempeña dentro del entramado de urgencias un papel fundamental para su perfecta organización, siendo este el primer contacto con el paciente a la llegada de este.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en el servicio de urgencias para con el paciente y como apoyo al personal de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de cualquier servicio de urgencias vemos que el papel que desempeñan los celadores es fundamental para el perfecto funcionamiento de las distintas estancias que se encuentran en ellas. Estas funciones se podrían definir en: - Recepción de pacientes en la puerta de urgencias. -funciones de apoyo al personal sanitario. -funciones generales del propio celador. En la recepción de pacientes en la puerta de urgencias, se trata de estar pendiente a la llegada de estos, bien sea en ambulancia, en sus coches o a pie, para recibirlos por si necesitan algún tipo de ayuda, bien en silla de ruedas o camillas. Acompañaran en todo momento al paciente o en caso de no poder este al acompañante para dar los datos en admisión. Controlaran el acceso en todo el área de urgencias solo a personas que estén autorizadas, dejando tanto a pacientes como acompañantes en sus distintas áreas de espera, evitando la deambulación por los pasillos del servicio. En cuanto al apoyo al personal sanitario son varias y siempre a las órdenes de estos, como el traslado de los pacientes entre los distintos servicios de la propia urgencia, bien sea para realizar distintas pruebas para su diagnóstico; rayos, tac, eco , etc...o para evaluación médica.

Ayudaran al personal sanitario a la movilización de pacientes por necesidades de aseo y acomodo de los mismos. Ante pacientes nerviosos o agitados colaboraran para su inmovilización. Transmitirán cualquier comunicación verbal del personal sanitario así como el traslado de documentación. Dentro de las funciones propias del celador, cualquier otra cosa requerida por el personal sanitario. Por ultimo en cuanto a las funciones generales cabe destacar el revisar y comprobar el funcionamiento y la carga de las balas de oxígeno, cuando estas no estén en condi-

ciones deben avisar a la persona responsable para su cambio. Sera responsable de la vigilancia de sillas, camillas, etc...así como el manejo y localización de las mismas. Vigilaran las dependencias de urgencias dando parte a sus superiores de los desperfectos tanto del material como de las estancias y a la limpieza de los mismos. Controlaran las distintas estancias de urgencias que tanto los acompañantes como los enfermos guarden las composturas, solicitándoselo cordialmente, de ser necesario darán parte al servicio de seguridad colaborando con estos.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar y visto todo lo anterior, podemos ver la importancia del servicio de urgencias y del equipo del personal sanitario y no sanitario que trabajan en él. En el caso que nos ocupa principalmente y dentro de este personal no sanitario esta la figura del celador. Como hemos visto, el primer contacto del paciente a la entrada de urgencias es efectuado por el celador de puerta, atendiéndolo en función de sus necesidades para el registro de este. A lo largo de su estancia en este servicio, cumple una serie de funciones a las órdenes del personal sanitario para la evaluación del paciente, terminando acompañando a este a la salida por alta médica o subiéndolo a planta para su ingreso.

6 Bibliografía

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

Capítulo 241

EL SERVICIO DE LABORATORIO Y LAS DISTINTAS LABORES DEL CELADOR

MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO

JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO

MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE

LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO

JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL

1 Introducción

El celador esta incluido en el reparto de los servicios sanitarios y cuyas labores se encuentran escritas en el estatuto preconstitucional del año 1971 y por lo cual es fundamental renovar y adaptar su régimen hasta el día de hoy.

La actualización se ejecuta por vía de la ley 55/2003 de 16 de diciembre, el estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud formando las normas esenciales del ya nombrado personal.

Todo queda descrito y de acuerdo con la constitución española, en su artículo 149.1.18. Aprobada la ley 55/2003, de 16 de diciembre, que queda pactado al personal estatutario las labores del celador y del jefe del personal subalterno siguen siendo las que reflectan la orden preconstitucional del 5 de julio de 1971, en su artículo 14, como así lo manda la disposición temporal sexta de la ley 55/2003.

Tenemos entendido que los primeros laboratorios surgieron hacia el siglo 18 con un gran gran experimento, este experimento iba de la mano del tan nombrado

Benjamin Franklin.

En el año 1791 el doctor Antoine Francois Four de nacionalidad francesa, plantea instalar los laboratorios en los centros hospitalarios, con ello pretendía empezar a realizar analíticas de orina, analíticas de sangre, analíticas de heces, etc.

2 Objetivos

Uno de los objetivos principales que tenemos en mente, es lograr acercarnos un poco mas al trabajo que realizan los celadores, en uno de los servicios mas importantes de los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las tareas de los celadores vienen descritas por la zona de trabajo, dependiendo de los servicios se realizan unas labores u otras.

A continuación vamos a explicar las distintas labores que los celadores de laboratorio deben ejecutar diariamente.

Los celadores empezarán su jornada laboral a las 8 de la mañana con el busca del servicio recogido del despacho de su superior, y su jornada comenzará recogiendo las muestras de los dos servicios más importantes de quirófano y de endoscopias.

Llevarán las muestras recogidas al servicio de anatomía patológicas.

Conducirán a los enfermos de las consultas de hematología al servicio de hospital de día, casi siempre estos tipos de enfermos llevan una serie de tratamiento marcados para tomar en casa.

Estos tratamientos se suelen coger en la farmacia del hospital, a las medicinas de cada uno de los enfermo se les integrará una pegatina que registre el nombre, apellidos y numero de historial clínico del enfermo al que le corresponde, lo transportarán al hospital de día y una vez allí las enfermeras o las técnicos

auxiliares de enfermería (TCAE) se asegurara de conservar los medicamentos en la nevera hasta que el paciente se los pida para llevárselos a su casa.

Transportarán del almacén general del hospital los pedidos que hayan pedido en su servicio y proporcionarán el material por las diferentes áreas del laboratorio. Las llamadas que traten sobre las biopsias intraoperatorias del quirófano tiene más ventaja sobre otras cosas.

Bajarán a la farmacia del hospital, cuando sea imprescindible o cuando las enfermeras lo precisen y guardar la medicación que les hayan pedido, esa medicación será dar a la mano de la enfermera.

Transportarán los pedidos de farmacia al área de banco de sangre.

Transportarán los informes de daños que sean necesario al servicio de mantenimiento, para que se solucionen los desperfectos lo antes posible.

Efectuarán las copias necesarias del pedido mandado a suministros, ya que una copia se tiene que entregar a la supervisora y la otra copia se la queda el personal de suministros.

Separarán las distintas muestras de dermatología y neumología, cuando les llamen al busca de los celadores.

Reunirán los diferentes informes de las biopsias a las distintas secretarías de anatomía patológica y además las organizarán dependiendo de las secretarías de los servicios hospitalarios.

Si por algún casual localizásemos algún informe de otro servicio que no fuese el servicio de laboratorio, este se mandará a través del tubo hasta el servicio que pertenezca ese informe.

Los celadores deberán coger el material que se haya utilizado para transportarlo al servicio de esterilización.

Reunirán el material empezando siempre por el servicio de urgencias y siguiendo por las distintas plantas de hospitalización a excepción de los servicios de partos y de psiquiatría.

El material que no se le haya realizado la esterilización permanecerá en el servicio de esterilización, hasta nuevo aviso.

Reunirán las muestras sacadas a lo largo de la mañana del servicio de quirófano para suministrarlo al área de anatomía patológica y ya se preocuparán de reunir todo el material del servicio de endoscopias.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores han pasado a formar una de las partes más fundamentales en el manejo de los distintos servicios hospitalarios, es por eso que ellos deben encon-

trarse muy bien formados para cumplir las labores que le sean encomendadas en cada uno de los servicios distintos que se encuentran en los centros hospitalarios, de esta manera lograrán cumplir con gran expectativa el trabajo que sus superiores les hayan encomendado en esos momentos.

Las labores de los celadores pueden ser diferentes en cuanto a su contenido o forma de trabajar, pero siempre serán indispensables en cada una de ellas, ya que sus labores son las más necesitadas para que los centros hospitalarios funcionen la perfección, y para que el equipo de personal sanitario se encuentre bien estructurado hablando laboralmente.

6 Bibliografía

Valencia, G., & Luis, P. (2007). Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud-enfermedad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(2), 13–20. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000200003

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. (2018, noviembre 1). SEMES; Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). <https://www.semes.org>

Unidad de esterilización. (s/f). *Fraternidad.com*. Recuperado el 27 de mayo de 2022, de <https://www.fraternidad.com/es-ES/unidad-de-esterilizacion>

Capítulo 242

AUTOPSIAS EN LOS HOSPITALES Y PAPEL Y FUNCIONES DEL CELADOR

MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

ABEL SALAZAR CANTON

RAFAELA CANTON SALAZAR

YOLANDA CANTON SALAZAR

1 Introducción

Después del exitus del paciente el celador es el encargado de trasladar al fallecido hacia el mortuario de la forma más discreta posible. Una vez llegue, consignará los datos del fallecido en el Libro de Registro de Movimientos en Mortuario (con letra mayúscula y legible).

Autopsias.

Si hubiera de realizarse una autopsia, el cadáver será conducido por el Celador hasta la Sala de Autopsias, ayudando al Celador de Anatomía Patológica a colocarlo en la mesa y colaborar en todo lo que su compañero de anatomía patológica le pida.

El celador que se encuentra en la sala de autopsias tendrá diversas funciones, todas ellas dependerán de las necesidades de la misma. El forense encargado de

ella será el que vaya marcando las pautas, movimientos e indicaciones que deberá seguir el celador.

La autopsia es un procedimiento médico que se emplea para conocer el diagnóstico de la muerte de una persona y se realiza de forma habitual en los hospitales.

La autopsia clínica (también llamada examen post mortem) se lleva a cabo en la morgue del centro hospitalario donde tuvo lugar dicho fallecimiento. Para los efectos de este Reglamento entendemos por autopsia al examen anatómico de personas a quienes el ministerio público o la autoridad judicial haya ordenado la práctica de la misma.

2 Objetivos

En este capítulo tenemos como objetivo conocer las actividades que el personal celador ejerce en esta área donde se trabaja con personas fallecidas hace poco tiempo y las funciones del celador en dicha área.

También indicaremos las peculiaridades de esta zona y su composición y su distribución y material utilizado.

3 Metodología

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

4 Resultados

La variedad de situaciones con respecto a los fallecimientos y también en autopsias clínicas, hace que el celador sea la persona más cercana en contacto con los familiares del fallecido, además de encargarse del orden y buen funcionamiento de esta zona del hospital.

El celador es el encargado acompañado de otro celador, en concreto del celador del servicio donde se ha producido la defunción. El traslado del cadáver se hará en camilla cubierta o la camilla debe protegerse con una sábana y el cuerpo debe

cubrirse con otra, que lo cubrirá por completo desde el servicio en el que se produjo el “exitus” hasta el depósito. De ningún modo irán acompañados de los familiares del difunto.

Siempre los celadores deberemos de procurar que cuando se saque al fallecido que el pasillo se encuentre despejado de enfermos y visitantes. En caso contrario les instigaremos a entrar en sus habitaciones y luego saldremos con la camilla. El traslado al mortuario deberá realizarse, una vez recibido el parte de traslado correspondiente por sitios que no sean de concurrencia normal y deberemos guardar discreción para no exponer a los visitantes ni enfermos. Lo bajaremos con discreción al mortuario depositándolo en la cámara frigorífica, (de manera que la cabeza del enfermo quede a la puerta de la cámara, por si hubiese que reconocer el cadáver) dejando en la puerta una etiqueta con los datos del cadáver para su posterior.

El celador en esta área no deberá tocar instrumental, ni órganos, ni manipular el cuerpo fallecido.

Existen pocos estudios que hablen de los celadores en relación con el área de mortuario, y, sin embargo, es un profesional clave para el desempeño de funciones imprescindible en la gestión de esta situación y que no se le da la importancia que este merece ni se le es reconocida su labor.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada la exposición de las funciones más relevantes a realizar por el celador de anatomía patológica además de haber profundizado un poco más en el papel de este celador en las autopsias y mortuorios, se debe tener en cuenta y poner en énfasis que la función de este celador es básicamente auxiliar, por ello tiene que cumplir en todo momento las instrucciones y órdenes dadas por el personal médico, siempre cumpliendo la premisa de no usar utensilios quirúrgicos sobre el fallecido y, por último, debiendo tratar en todo momento el cadáver con respeto, consideración y seriedad. Una formación en este tema es fundamental para unos adecuados cuidados de los cadáveres.

6 Bibliografía

1. Patitó, J. (2003). Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial Quorum.
2. Presidencia de la República y el Ministerio de Salud. (12 de marzo de 1987). Ley 17461-S, Reglamento de Autopsias Hospitalarias y Médico Legales. La Gaceta. San

José.

3. Roldán, J., & Solano, L. (2001). Departamento de Medicina Legal. Organismo de Investigación Judicial. Poder Judicial. Medicina Legal de Costa Rica, 18 (1).
4. Siegel, J., Saukko, P., & Knupper, G. (Edits.). (2000). Encyclopedia of Forensic Sciences.

Capítulo 243

ACTUACION DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD

YOLANDA QUINTIN ALVAREZ

1 Introducción

El embarazo es una etapa en la vida de la mujer muy importante y gratificante, que va a tener como resultado la llegada al mundo de un nuevo ser. Este proceso, que dura nueve meses va a producir una serie de cambios físicos y psicológicos en la mujer.

Para conseguir que la mujer llegue al final del embarazo en las condiciones óptimas, necesitará, no sólo el apoyo de los profesionales de la salud, sino también el apoyo de la familia durante todo el proceso, por lo que el ambiente familiar debe ser tranquilo y cooperador.

El embarazo culmina con el parto, que podemos definir como el proceso mediante el cual se produce la salida del feto al exterior del organismo materno. El parto, que supone el momento más esperado y a la vez más tenso para la mujer, tiene lugar alrededor de la semana cuarenta de gestación.

El Celador es quien representa el primer contacto que tiene la embarazada con el hospital. Por ello es importante que el trato sea correcto y amable, ya que las embarazadas presentan a menudo síntomas de nerviosismo o angustia.

Una vez la embarazada comunica sus datos al servicio de admisión, el Celador ofrecerá una silla de ruedas a la gestante y la trasladará al servicio de ginecología para que la exploren. Una vez explorada, si consideran necesario el ingreso de la paciente, el Celador la trasladará a la planta correspondiente en silla de ruedas o en cama, dependiendo de su situación. Si no hace falta ingresarla, pero si hacerle alguna prueba, el Celador la trasladará donde proceda.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer las funciones del celador en el servicio de maternidad de un hospital desde la llegada de la embarazada y su traslado al área de maternidad

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 maternidad son entre otras:

- Trasladar a la embarazada al paritorio cuando se le avise de dicha necesidad. El traslado se realiza normalmente en la cama de la paciente, asegurándonos de llevar con nosotros su historia clínica. Debido a que son momentos de tensión y nerviosismo, dicho traslado debe de realizarse con prontitud aprovechando el trayecto para intentar tranquilizarla.
- Trasladar documentación diversa, como historias clínicas, solicitudes de pruebas diagnósticas, etc.
- Traslado de muestras (orina, sangre, heces, etc.) al laboratorio.
- Traslado de mobiliario y aparataje, que pueda precisarse en esta unidad.
- Controlar el horario de visitas y del cumplimiento de las normas de la unidad.
- Poner en conocimiento de sus superiores los desperfectos o anomalías que pudiera detectar en la unidad, y tratará de solucionarlos lo antes posible.
- Traslado de farmacia pesada, como cajas de sueros, que entregará al personal sanitario auxiliar de maternidad.
- Realizar aquellas tareas que le demande el personal sanitario y que estén dentro de su competencia.
- Ayudar al anestesta en la colocación de la analgesia a la embarazada.
- Trasladar a las pacientes a las salas de parto y/o quirófanos.
- Traslado de niños con su historia a la unidad neonatal o consulta, según la necesidad de la situación.

- Traslado de madres a la unidad para lactancia o para alguna prueba.
- Trasladar aparataje tanto a la zona de partos como al quirófano o a la habitación de la embarazada.
- Recoger preoperatorios.

Entre las funciones del Celador en el paritorio, la más importante es la de introducir y sacar a la paciente del área de partos. Si la situación de la paciente lo requiere, el traslado al paritorio, lo hará acompañado del personal de Enfermería.

- Tras el parto el Celador será requerido para pasar a la madre de la mesa de partos a la cama, y su posterior traslado al box (de reanimación), donde permanecerá el tiempo que el personal estime necesario, siendo muy cuidadosos y evitando movimientos bruscos.

5 Discusión-Conclusión

Momentos antes de que se inicie 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.

En conclusión el trabajo del celador en este área es fundamental ya que no es solo trasladar al paciente o su documentación sino también velar por su estado tanto anímico como físico y acompañar a la mujer durante las distintas etapas del proceso

6 Bibliografía

<http://www.auxiliar-enfermeria.com/>
<https://fisiostar.com/>

Capítulo 244

¿QUÉ TÉCNICAS UTILIZA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA ATENDER TELEFÓNICAMENTE?

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS

ANA MARÍA PARRA LIZANO

NIEVES POLA FERNANDEZ

1 Introducción

La llamada telefónica es uno de los primeros contactos que se realiza entre el centro de salud y el paciente, razón por la que la impresión de esta primera llamada puede suponer un usuario contento o perdido y disgustado. Cuidar la atención telefónica es crucial para una buena comunicación entre el profesional relacionado con la salud y el paciente.

La empatía y la capacidad de escucha son cualidades comunicativas del profesional que se encuentra detrás del teléfono, generando una imagen telefónica positiva cuando esta genera comodidad y bienestar en el usuario.

No solamente su uso se realiza por el usuario, siendo los mismos centros los que realizan llamadas salientes con diferentes fines, como el asistencial. Se

aprovechan para lanzar llamadas a usuarios específicos por algún motivo determinado o a usuarios aleatorios, de manera continua. Entre los motivos más destacados encontramos las campañas de vacunación, recordatorio de citas, información al usuario.

Al recibir alguna llamada, es el usuario el que tiene interés en contactar con el centro por diversos motivos, consultar dudas, pedir información, etc. De esta manera, la atención telefónica deberá informar, aconsejar y orientar al paciente en todo aquello que este solicite con información suficientemente clara, concisa y detallada.

2 Objetivos

Realizar un análisis pormenorizado de las principales técnicas que se pueden utilizar para mejorar la comunicación telefónica entre el profesional y el usuario del sistema de salud a través de dichas técnicas que explicaremos detenidamente en el apartado resultados del presente capítulo.

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 que la comunicación sea eficaz los profesionales encargados de recibir llamadas han de poseer ciertas características comunicativas para poder llegar a los objetivos deseados, técnicas como:

1.-La voz:

No importa cuáles sean las características de la voz, más grave, más aguda, de hombre o de mujer. Lo importante es mantener un tono cálido y agradable que haga al paciente sentirse acogido y entendido. En cuanto a la velocidad del habla en la atención telefónica, es recomendable adaptarse a la velocidad del habla del interlocutor. De manera contraria, el usuario puede sentirse incómodo en la conversación.

2.- La escucha:

Es muy importante saber escuchar y comprender las necesidades durante la atención telefónica. Para ello, es recomendable realizar pausas, en las que el paciente se puede ver invitado a hablar. En la recepción de llamadas, sobre todo, la técnica de la escucha es muy recomendable, ya que ha sido él mismo el que se ha puesto en contacto con él, por algún motivo. En las llamadas salientes también es muy importante escuchar. Para ello, deben hacerse preguntas que inciten a éste a responder.

3.- Resolución de problemas:

El servicio telefónico se utiliza en ciertas ocasiones para recibir quejas de muchos usuarios. Por eso, es importante contar con la suficiente competencia en resolución de problemas para afrontar este tipo de llamadas. Son muchas las técnicas a llevar a cabo en estos casos, siempre y cuando puedan gestionarse mediante la llamada telefónica, como son la escucha, la comprensión y mantener la calma. Es de vital importancia nunca hablar al cliente de “problema”, sino de “solución”.

4.- Conocimiento de la información:

Para poder ofrecer un servicio de atención telefónica de calidad es indispensable conocer bien el sistema de salud, su estructura, y la capacidad de resolución de los problemas que el paciente tiene. Sin la información necesaria, el profesional no podrá atender eficazmente a todas las respuestas que los clientes necesitan, ni tener las técnicas necesarias para resolver cualquier inconveniente.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión, como auxiliares administrativos, debemos dominar eficazmente las técnicas de comunicación descritas en el anterior apartado de resultados, para así conseguir que la comunicación entre el usuario o paciente y nosotros los auxiliares administrativos (que somos los primeros en hablar con dichos usuarios y por lo tanto el primer eslabón entre paciente y centro sanitario) sea la adecuada y podamos entender las necesidades de cada una de las personas que nos preguntan dudas o quieren obtener respuestas claras que solucionen sus problemas o inquietudes.

Si llegamos a dominar todas las técnicas descritas anteriormente, seremos capaces los auxiliares administrativos de conseguir una comunicación telefónica de calidad y que solucione problemas y así demos soluciones a cada uno de los problemas de los usuarios.

6 Bibliografía

- 1.<https://eltrampolin.es/tecnicas-de-comunicacion-para-la-atencion-telefonica/>
- 2.<https://www.anfix.com/blog/10-claves-para-mejorar-tu-comunicación-telefonica>
- 3.<https://www.sepe.es/HomeSepe/contacto/atencion-telefonica.html>
4. <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/ServicioAtencionTelefonica>
- 5.<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Asistencia-telef%C3%B3nica?idioma=es>
- 6.<https://economipedia.com/definiciones/elementos-de-la-comunicacion.html>
- 7.https://es.wikipedia.org/wiki/Comunicaci%C3%B3n_verbal
8. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-analisis-comunicacion-relacion-médico-paciente-15330>

Capítulo 245

ACTUACIÓN Y PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UNA EMERGENCIA MÉDICA

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

NIEVES POLA FERNANDEZ

JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS

ANA MARÍA PARRA LIZANO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

Las emergencias médicas son eventualidades más cotidianas de lo que pueda parecer a ojos de nuestros allegados. Y es que, aunque atendiendo a diversas variables como la gravedad de la urgencia/accidente o el índice total de heridos, se tratan de un verdadero reto profesional tanto para personal sanitario como para otro tipo de personal estrechamente ligado al sector.

En nuestro caso no es para menos, pues nuestra labor consiste precisamente en la gestión y el orden del sistema que se hará cargo de enmendar dichos daños. El incesante ajetreo burocrático y el manejo de la comprensible angustia y alteración psico-afectiva en los allegados de pacientes heridos, formarían parte de nuestra competencia profesional, y encauzarla adecuadamente en medio del caos, no siempre resulta sencillo.

Teniendo presente el factor afectivo que opera en las emergencias médicas, debemos concienciarnos previamente de los tensos momentos que podríamos llegar a experimentar para, al menos, estar preparados psicológicamente. Pues, aunque la preparación y la audacia técnicas son la parte con más peso, y la que se abordará fundamentalmente a continuación (al competernos de manera más directa) no deseamos escatimar en la importancia que entraña comprender el manejo y equilibrio emocional de la situación para desarrollar correctamente nuestra tarea.

2 Objetivos

- Establecer el papel del auxiliar administrativo en situaciones de urgencia.
- Fomentar el espíritu cooperativo en emergencias sanitarias para ofrecer una atención más eficaz y óptima en dicha área donde es tan importante la rapidez y el buen hacer.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para realizar un análisis adecuado de nuestra labor ante una emergencia médica, es necesario distinguir esta de una urgencia. Las emergencias dañan la integridad del individuo de manera inminente, haciendo que su vida corra serios riesgos. Por otra parte, las urgencias no representan una gravedad tan elevada, y en un principio no parecen suponer peligro vital.

Estas últimas pueden acarrear también severos problemas de gestión para el auxiliar administrativo, pero, afortunadamente, en términos de salud la situación es mucho más llevadera, a no ser que nos encontremos en un contexto epidemiológico tanto estacional como globalizado (pandémico). Las emergencias retratan de manera más explícita cuán descontrolada y caótica podría acabar siendo la situación si la manera de encauzarla es incorrecta.

En primer lugar, el auxiliar administrativo debe ser conocedor inmediato del tipo de emergencia que se atiende. Las más comunes suelen tratarse de traumatismos por accidentes de tráfico u otras causas, lipotimias o patologías que requieran asistencia urgente o cirugía (concretamente, los más habituales son infartos de miocardio). Aunque estas eventualidades suponen una situación de alerta para el sistema, la carga profesional y la organización no es la misma.

-Lipotimias. Suelen atenderse como una emergencia habiendo durado más de cinco minutos. Para poder asistir correctamente al paciente, es necesario conocer la posible causa del desmayo (bajada de azúcar en pacientes diabéticos o sin afecciones previas o crisis epiléptica en pacientes epilépticos). En este último caso, se ha de procurar mantener el área de recepción despejada, para evitar que la víctima colisione con el mobiliario o el resto de las personas.

-Patologías graves. Habitualmente se tratan de patologías: cardíacas (infarto agudo al miocardio, disritmias, etc.), abdominales (colitis, peritonitis, gastritis aguda, etc.), respiratorias (asma bronquial a causa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis o incluso anafilaxis que afecte al sistema respiratorio, etc.).

-Traumatismos. Pueden ocasionarse de manera individual a causa de caídas o accidentes laborales, los cuales no supondrían un colapso o alerta mayor para el sistema sanitario, pero, por otra parte, los accidentes de tráfico tienden siempre a involucrar a un número de víctimas mayor, correspondiéndoles una amplia plantilla de personal, de ser posible especializado. De la misma manera, coincidirán en el centro médico múltiples allegados de las víctimas, que deberán recibir una atención cordial, siendo informados correctamente, y asegurándonos de que quienes desean informarse guardan un vínculo estrictamente familiar con el afectado. Para ello, deberemos basarnos en sus datos personales de identificación y el DNI de la víctima; asimismo, debemos ser capaces de explicar el suceso y las condiciones sanitarias del paciente a su allegado de manera objetiva, pero tratando siempre de tranquilizarlo y animarlo.

Es posible que las emergencias sanitarias más complejas ralenticen el orden habitual de las urgencias hasta casi desorganizarla por completo, con lo cual, debemos ser capaces de gestionar esta situación y reorganizar los turnos.

5 Discusión-Conclusión

Tal como hemos visto en el presente capítulo aparentemente podemos concluir que nuestra labor no evoca demasiado ajeteo ni adrenalina, sin embargo, nuestra implicación en las emergencias médicas es clave y se dota de una complejidad

elevada.

Primeramente, se ha de mantener la calma ante la situación a gestionar, debiendo evitar muestras de inseguridad o aversión. Por otra parte, el verdadero reto a afrontar es la organización del área de trabajo, despejándolo y tratando de facilitar todo lo posible el trabajo de los sanitarios.

No debemos olvidarnos de que, además de las emergencias, el resto de los pacientes han de ser atendidos, pues, aunque no sea intención del sistema sanitario restar trascendencia a sus patologías, es posible que las demoras crezcan o se hagan más notorias.

Es nuestro deber asumir y comprender esta realidad, y la estabilidad tanto emocional como técnica forma parte de nuestras competencias. Por todas estas razones, consideramos que nuestro aporte es diverso y transversal, haciendo de la sanidad un servicio mucho más capaz y humano.

6 Bibliografía

1-Junta de Castilla y León. Aula de pacientes: Urgencias y emergencias; Portal de Salud SACYL: 2-2-2-<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/urgencias-emergencia>.

2-www.clinicainternacional.com.pe/blog/situacion-emergencia-aprende-hacer/
3-Qué hacer ante una lipotimia: primero auxilios y signos de alarma (webconsultas.com)

4-María Arántzazu Menchaca Anduaga, Ángel Huerta Arroyo, José Carlos Cerdeira Varela, Pedro Martínez Tenorio y Carlos Mendoza Aritmendi. Servicios de urgencias, emergencias y catástrofes extrahospitalarias- SUMMA 112 COMUNIDAD DE MADRID: <http://www.madrid.org/cs/Satellite>

Capítulo 246

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN

JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ

MARGARITA PATERNA RAMÓN

AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ

MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ

1 Introducción

A los centros de Atención Primaria acuden los ciudadanos en primera instancia para solicitar distintas atenciones esenciales y básicas relacionadas con la salud. Estos centros juegan un papel importante para el ciudadano, pero es en la zona rural donde esta atención se convierte en un soporte fundamental, ya que sin ellos se encontrarían desprotegidas muchas personas.

En los centros rurales, sus sanitarios son como una “familia” a la que acudir en caso de necesidad sanitaria, ya que el grado de confianza y conocimiento hacia el paciente, es mayor que el que pueda existir en una ciudad.

En este aspecto, siendo el auxiliar administrativo la primera persona con la que el paciente trata, ya sea para solicitar una cita médica, tramitar informes, urgencias, etc., puede suponer un adelanto y agilidad de la tarea. Otro ejemplo puede ser, que ya sea de forma presencial o telefónicamente, el auxiliar administrativo resuelve

dudas que a veces presentan los pacientes, sin necesidad así de tener que esperar a ser atendido por un médico, volviendo aquí a puntualizar que en las zonas rurales el conocimiento de los usuarios facilita el proceso.

Se puede decir a ciencia cierta, que la figura del auxiliar administrativo es primordial en el sistema sanitario.

2 Objetivos

Exponer las funciones del auxiliar administrativo en la atención primaria en el centro hospitalario

3 Metodología

Para realizar la investigación y desarrollo de este capítulo, se han utilizado diversas fuentes de información, recogida con la consulta de distintas páginas encontradas a través de internet y recopilando datos y experiencia de profesionales en dicho puesto de trabajo.

4 Resultados

Es fundamental que el auxiliar administrativo tenga una preparación teórica adecuada, pero también el conocimiento adquirido con la práctica es importante.

Así bien, como se ha dicho anteriormente, el auxiliar administrativo es a quien se va a dirigir un paciente en primera posición, y en ocasiones pueden surgir situaciones desagradables.

Las causas pueden ser:

- Que el usuario no consiga ver realizada su petición al instante, la atención recibida no sea la que esperaba...

Todo ello puede desencadenar un episodio de ira y arremeter contra el auxiliar administrativo, que es a fin de cuentas el intermediario.

Es aquí donde es importante tener autocontrol y saber gestionar el momento con paciencia.

- Otra causa puede estar a nivel interno, como por ejemplo la escasez de personal que conllevará a una sobrecarga de trabajo y esto terminará por afectar al auxiliar administrativo y en consecuencia al usuario.

Es por ello importantísimo que exista una buena organización, no solamente del auxiliar administrativo en si, sino también a nivel global.

Un protocolo de actuación en el sistema sanitario es imprescindible para que los profesionales sepan como desenvolverse ante situaciones conflictivas, así, en caso de que se produzcan, no solamente los profesionales, sino también los usuarios puedan entender cuales son las normas.

Por lo tanto, normas claras, concisas y organización, puntos a tratar para ayudar a paliar en lo posible confrontaciones.

El auxiliar administrativo puede verse afectado por el síndrome de Burnot o síndrome de desgaste profesional además de lesiones propias de su puesto de trabajo (muchas horas sentado frente al ordenador, malas posturas corporales...).

Por lo tanto, es necesario que exista comunicación interna para mejorar estos puntos y proporcionarle los instrumentos y herramientas necesarias para que pueda realizar mejor su trabajo y reducir así la sobrecarga, tanto física como psicológica.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo que desempeña un auxiliar administrativo en un Centro de Salud es fundamental, ya que sin este sería un auténtico descontrol.

No hay nada más que ver todas las tareas que realiza:

Gestiona las citas, atiende al paciente, atiende al teléfono, gestiona y tramita el papeleo, orienta al paciente...

No siempre el volumen de trabajo es el mismo, en ocasiones, como la pandemia por COVID, se ven sobrepasados, debido en gran medida a la falta de personal.

Hay que pensar que esta persona está ahí para ayudar y facilitar al usuario cualquier trámite sanitario que necesite. Un poco de paciencia entre todos siempre viene bien.

6 Bibliografía

- <https://www.actasanitaria.com>
- <https://www.revistamédica.com>

Capítulo 247

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN URGENCIAS

MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN

JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ

MARGARITA PATERNA RAMÓN

AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ

MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ

1 Introducción

En primer lugar, se puede hacer una distinción entre urgencias hospitalarias y urgencias ambulatorias (centros de salud).

En el centro de salud se realizan tratamientos de urgencia cuando existe una enfermedad con síntomas puntuales o en caso de accidentes, que estos sean leves y que no necesitan hospitalización.

En un hospital, la gran diferencia es que el paciente puede requerir hospitalización.

La gravedad se determinará mediante triaje, para el cual se establece una serie de normas y protocolos a seguir.

A saber:

- Azul nivel V: Situaciones que no se clasifican como urgentes.
- Verde nivel IV: Se trata de una urgencia leve.
- Amarillo nivel III: Se trata de una urgencia moderada.

- Naranja nivel II: Se trata de una emergencia.
- Rojo nivel I: Se trata de una situación que requiere atención extrema e inmediata.

Se trata de un modelo de triaje implantado en España (SET).

En un hospital, enfermeros y médicos son los encargados de realizar dicho triaje, pero en los centros de salud va de la mano del personal administrativo la primera toma de contacto.

El primer filtrado: identificar el motivo de la consulta y clasificar su prioridad y citar al paciente en la agenda del profesional correspondiente en función de la demanda, cuando el profesional al que quiere dirigirse no disponga de huecos en la agenda y su atención no permita demoras.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias del centro hospitalario

3 Metodología

La forma en la que se ha realizado y redactado este capítulo, ha sido mediante la recopilación de información encontrada a través de leyes y diversas páginas sanitarias en Internet, se han consultado artículos en distintas publicaciones académicas de artículos científicos a través de navegadores como Google.

4 Resultados

Cuando un paciente llega a urgencias, se establece un protocolo de actuación que cada uno de los integrantes del sistema sanitario debe conocer.

Así, se detalla a continuación que funciones realiza un auxiliar administrativo en este servicio

Se siguen una serie de pasos:

En el área de recepción o admisión, los auxiliares administrativos recogen toda la información necesaria del paciente.

En el caso de que el paciente no pueda hacerlo por si mismo, serán los acompañantes quienes realicen este trámite. Para ello, será necesario que en dicha ventanilla de admisión se entregue la Tarjeta Sanitaria, DNI, medicación que tome

habitualmente o que haya tomado recientemente y si tuviera, informes médicos anteriores.

Una vez hecho esto, se tramitarán los datos informáticamente para que estén disponibles fácilmente.

Es obligación absoluta tratar la información recopilada con discreción y confidencialidad.

Si fuese necesario se tramitarán las solicitudes para el transporte sanitario.

Informará al paciente y acompañantes de las normas y organización del servicio de urgencias y se dirigirá a ellos con educación, de forma clara y concisa. Hay que tener en cuenta la situación de angustia con la que a veces vienen, es primordial actuar con empatía.

Será el encargado de gestionar reclamaciones y quejas en caso de que puedan existir.

Las funciones del auxiliar administrativo y el resto del personal integrante de urgencias, ha de ser una cadena bien organizada y coordinada.

Cabe mencionar que dentro de los riesgos de salud a los que se enfrenta un auxiliar administrativo, que si bien serían los mismos que en cualquier área sanitaria en la que trabajase, en urgencias el estrés psicológico será mayor al estar tratando con pacientes y acompañantes que acuden solicitando atención urgente.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo es el personal que se encarga de gestionar y apoyar a la administración en cuanto al papeleo que genera una urgencia entre otras cosas. Sin esta labor sería complicado poder hacer un seguimiento del paciente adecuado.

Pero este trabajo, bien sea por desconocimiento o falta de visibilidad, pasa desapercibido generalmente por los usuarios.

Existe falta de reconocimiento parte del usuario que acude en busca de atención a un hospital o centro de salud, sin reparar en la figura del auxiliar administrativo como una persona de ayuda.

Y no solo eso, sino que además habitualmente es quien carga con las quejas y malestar de dichos usuarios si el sistema organizativo sanitario no funciona correctamente.

6 Bibliografía

- <https://www.revistamédica.com>
- Información recopilada en Internet y en la Ley 55/2003

Capítulo 248

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL LABORATORIO

MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN

JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ

MARGARITA PATERNA RAMÓN

AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ

MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ

1 Introducción

En un Laboratorio Clínico se analizan y estudian muestras biológicas humanas con el fin de investigar y prevenir enfermedades.

Las funciones que se realizan van desde recibir pacientes externos citados con hora y día a la que se tienen que presentar para tomar su muestra (dicha citación la tramita el auxiliar administrativo), a recibir exámenes y muestras de pacientes hospitalizados.

Entre las muestras que se estudian se encuentran: muestras de sangre, heces, orina, líquido cefalorraquídeo, etc.

Por lo general, se suelen encontrar en la planta baja, en parte por la afluencia de pacientes externos y con un fácil acceso a lo que es la sección de archivo entre otras áreas.

El Área Administrativa se debe ubicar en la entrada de dicho laboratorio. Más adelante se hará una descripción más detallada.

Existen tres partes dentro de este área:

- Sala de espera
- Recepción
- Área de dirección

La recepción, que se suele encontrar entre la sala de espera y toma de muestras, es donde se reciben a los pacientes y en ella, el auxiliar administrativo comprueba los volantes e introduce las peticiones informáticamente, al tiempo que se verifica que los datos del paciente sean correctos, en caso contrario se modifican antes de continuar. También aquí el auxiliar administrativo entrega los resultados al paciente, resuelve cualquier duda que pueda presentar dicho paciente.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en el laboratorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

En este apartado se hará una descripción del Área Administrativa de un Laboratorio Clínico en primer lugar.

Así, dicha área ha de tener un mostrador lo suficientemente amplio como para poder atender a los usuarios que se acercan, tener un lugar para recibir muestras, y además, otro espacio de trabajo que deberá tener teléfono, archiveros y ordenador.

Se conforma de tres partes:

Recepción. Se encuentra cerca de la entrada del laboratorio y de fácil acceso a la entrada de dicha área, ya que vendrán pacientes externos en su mayoría.

Sala de espera. Es el lugar donde los pacientes que llegan pueden esperar a ser atendidos por profesionales del laboratorio. Ha de ser confortable en la medida de lo posible.

Área de dirección.

En segundo lugar, se detallarán más ampliamente las funciones del auxiliar administrativo, ampliando así las descritas al principio de este capítulo.

Así, podemos señalar las siguientes:

- Introduce los datos que le llegan en el sistema informático creado para ello.
- Gestiona informes y tramita solicitudes médicas programadas de análisis para el laboratorio.
- Tramitar las citas solicitadas por usuarios externos, de manera presencial o telefónicamente.
- Realizar justificantes de asistencia si es necesario, haciendo constar en este el nombre y apellidos del usuario, hora de entrada y hora de salida, y fecha. También se puede poner un breve resumen del motivo de dicha asistencia.

Para que el trabajo del auxiliar administrativo pueda realizarse correctamente y a su vez el laboratorio funcione como es debido, es necesario un organigrama y una buena organización, que dará como resultado un buen servicio al paciente. Es adecuado que el auxiliar administrativo reciba una formación continuada y conozca la normativa vigente.

Será discreto en todo momento con la información que llegue a sus manos y tratará con cautela los resultados que le entregue al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener una constante comunicación entre todo el personal para que todo fluya correctamente, al fin y al cabo es una cadena, en la que si un eslabón falla lo hace el resto.

Se puede decir que los auxiliares administrativos son la conexión entre los pacientes y el personal sanitario.

Se puede decir que los riesgos laborales o de salud a los que se enfrentan, son los propios de un auxiliar administrativo sanitario, pero hay que añadir que al estar cerca del laboratorio, donde se manejan sustancias químicas y bacterias entre otras, hace que se incremente el riesgo de salud.

6 Bibliografía

- <https://www.google.es>
- <https://prezi.com>

Capítulo 249

EL PINCHE DE COCINA EN ASISTENCIA DIETÉTICA

VANESA GARRIDO HERRERA

MARÍA NIEVES VALLE

MARTA GARRIDO HERRERA

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

JORGE ROMERO MATEO

1 Introducción

Los desastres y las situaciones de emergencia afectan a la situación alimentaria de los seres humanos, por esto es muy importante la Seguridad alimentaria en Situaciones de emergencia. Si bien no todas las situaciones de emergencia van a producir escasez de alimentos para las personas, si pueden afectar peligrosamente el estado nutricional de los damnificados.

Dependiendo la Emergencia planteada, el intervalo temporal en la que se produce, la extensión y el estado nutricional de las personas perjudicadas, puede ser más acuciante la intervención de los servicios de emergencia, siendo la elaboración y manipulación de los alimentos parte fundamental de la labor del pinche de cocina. Situaciones graves que precisan disponibilidad de alimentos pueden ser situaciones de aislamiento de personas, bien sea por inclemencias meteorológicas (nieve, gota fría, como resultado del choque de una masa de aire frío en altura con aire caliente y da lugar a chubascos tormentosos produciendo inundaciones,

incendios, huracanes, etc.). Las administraciones públicas deben de proveer personal suficiente y cualificado, en caso de ser necesario con personal voluntario realizando las funciones del Pinche de Cocina, a las órdenes de un Jefe de Cocina para dar cobertura a estas tragedias y por tanto dar atención alimentaria adecuada a los afectados.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la función del pinche de cocina en la asistencia dietética.

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.

4 Resultados

Un papel fundamental en estas situaciones de calamidades es la del Pinche de Cocina. Esa labor determinante consigue dar a la población una tranquilidad nutricional sobre todo para los más desprotegidos (los niños más pequeños, personas de avanzada edad, enfermos y mujeres embarazadas principalmente).

Esta situación de emergencias graves pueden ocasionar la falta de organización de los medios de transporte, por tanto, aunque existan alimentos preparados para adjudicar a la población, esa deficiencia no permitiría que los alimentos y el agua lleguen a su destino a disposición de los Cocineros y Pinches de cocina.

Es muy importante ante la escasez de los productos, que los responsables de confeccionar los menús de campaña sepan improvisar sobre esa situación para dar salida humanitaria con los pocos alimentos de los que dispongan.

El manejo de los alimentos en estas situaciones de desastre depende mucho del estado psicológico de los supervivientes, ya que su ayuda es esencial para la identificación de los beneficiarios y la distribución de los alimentos por los Pinches de Cocina.

En el período más inmediato a un desastre, los servicios de salud, las organizaciones comunitarias, los voluntarios locales, las familias de los damnificados y los damnificados, y los servicios de cocina en especial los Pinches de cocina, generalmente unen todos sus esfuerzos y movilizan sus propios recursos alimentarios para satisfacer sus necesidades nutricionales. Estas acciones deben incentivarse con asesoría técnica alimentaria y nutricional, para facilitar objetivamente la evaluación del daño y las necesidades reales de ayuda en cuanto a la alimentación.

La dieta debe ser parecida a la dieta habitual, en líneas generales la cantidad de alimentos requeridos depende del número de personas afectadas y de la duración probable del desastre. Una vez analizados los Resultados se deriva que El pinche de Cocina estará a disposición del Jefe de Cocina para la realización de lo que de él se requiera.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del papel que desempeña el Pinche de Cocina en estas situaciones, es la observancia de las cantidades y calidades de los alimentos disponibles. Elaborar, controlar y repartir las raciones alimentarias de acuerdo a las características de la población damnificada y duración estimada de los efectos del desastre sobre la misma haciendo una estimación inicial de las necesidades de alimentos de la población.

Identificar fuentes de alimentos, transporte, almacenamiento y distribución será misión del Pinche de Cocina, debiendo estar capacitado para su manejo.

El manejo y cuidado de los alimentos por parte del Pinche de Cocina será su función principal apoyando en ese cometido a los Jefes de cocina.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.paho.org/es/emergencias-salud/seguridad-alimentaria-nutricional-situaciones-emergencia>.
- 2.<https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2000/1/art-10/>.

Capítulo 250

RESOLUCIÓN POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LAS QUEJAS Y SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES

JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

ANA MARÍA PARRA LIZANO

NIEVES POLA FERNANDEZ

1 Introducción

Aunque el auxiliar administrativo en cuestión no sea el principal operario cuyo fin sea dar una respuesta o tramitar una queja o una sugerencia, en muchas ocasiones es la persona que en primera instancia las recibe, debiendo contar con las herramientas necesarias para afrontar estas situaciones y actuando desde la tranquilidad.

Debe informar al paciente de todos los derechos que tiene como usuario y de las diferentes formas de hacerlos valer, esto redundará en que si el usuario /paciente es atendido de una forma tranquila y con un buen nivel de conocimientos la imagen proyectada por la institución hacia el usuario va a salir reforzada.

Como parte de ese primer escalón que supone la atención al ciudadano, el auxiliar administrativo debe dar soluciones a las diferentes consultas e incidencias que le realicen los usuarios/pacientes.

Existe una situación, que no por ser bastante usual, deja de resultar bastante desagradable y es el momento en que un usuario/ paciente se dirige al auxiliar administrativo y le informa de haber sufrido u observado una deficiencia en el servicio, ya sea por una tardanza en la atención, una queja sobre el trato recibido o cualquier otra incidencia.

El administrativo deberá contar con las herramientas necesarias para hacer frente y resolver de forma amistosa estos casos.

2 Objetivos

Dar una explicación de como se procede a realizar una queja o una sugerencia. Daremos una definición de queja o sugerencia y estableceremos las diferencias entre estos dos términos utilizados por los usuarios del sistema sanitario español para así tenerlo claro que es cada cosa.

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

La Ley 2/1995 de 13 de marzo, sobre Régimen Jurídico de la Administración, regula el derecho de información estableciendo que la administración autonómica contara con instrumentos de información al ciudadano que garanticen el efectivo conocimiento por parte de este del procedimiento a seguir para las solicitudes o actuaciones que los mismos se propongan realizar. Estas actuaciones pueden ser sugerencias o quejas.

Sugerencia es toda manifestación o declaración de un ciudadano en la que este transmite una idea con la que pretende mejorar los servicios que prestan los centros del sistema nacional de salud español o sus organismos y entes públicos, o

alguno de sus procesos, o bien solicita la prestación de un servicio o actuación no previsto o no ofrecido.

Queja es la exposición de una incidencia, durante la prestación de un servicio por parte de la Administración de los servicios sanitarios o sus organismos o entes públicos que produce en la persona que reclama la percepción de ineficacia o actuación no adecuada y persigue una respuesta.

Según el marco legal revisado para realizar este artículo es el Servicio de Salud del Principado español el que establece el procedimiento, requisitos, presentación y tratamiento de las sugerencias y quejas.

La Consejería de Salud dice que se pueden presentar sugerencias y quejas a través de formularios que se suministran en centros de salud, hospitales o en internet. Este documento se debe presentar en cualquier registro público oficial o también en internet. Si se presenta por escrito la queja debe contestarse en un mes y notificarse por correo ordinario.

La solicitud la tramitará el Servicio de Atención al Usuario de las áreas sanitarias y la resolverá la gerencia del área, la dirección de gerencia del sistema sanitario de la comunidad autónoma correspondiente o la Dirección General que tenga responsabilidad en la materia de la Consejería de Salud.

5 Discusión-Conclusión

Revisada toda la legislación vigente en esta materia podemos llegar a entender y a la conclusión del porqué del derecho de los ciudadanos a interponer una sugerencia o queja ante, en este caso, la Administración Sanitaria.

Con el conocimiento, ahora adquirido, de las normas, entendemos y estamos un poco más preparados para informar correctamente al usuario/paciente, de una forma más profesional, siempre intentando mejorar en la medida de lo posible la imagen que proyectamos de la institución a la que representamos.

Conseguiremos, además, desarrollar nuestro trabajo de Auxiliar Administrativo con la total garantía de poder resolver cualquier duda o problema que nos planteen nuestros usuarios-pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 251

ALMACENAMIENTO Y CONSERVACION DE ALIMENTOS POR PARTE DEL PINCHE DE COCINA

FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

ALICIA MORENO PÉREZ

BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ

ANTONIO IGUAL FERNANDEZ

1 Introducción

La conservación de los alimentos es el conjunto de procesos realizados en sus distintas fases del productor, destinados a garantizar la vida e higiene de estos alimentos. Podemos decir que conservar los alimentos consiste en bloquear la acción de los microorganismos que pueden alterar sus características originarias como son: aspecto, olor y sabor. Todos los alimentos contienen aditivos. Son añadidos de origen artificial que permiten que los microorganismos no se desarrollen, haciendo que la comida dure más tiempo en buen estado.

Los métodos de conservación de los alimentos, hay muchos y tienden a la eliminación de conservantes para obtener una alimentación más sana y natural.

Todos los alimentos no son iguales, por lo que cada uno se debe de conservar de una manera diferente. Debido a esto, el personal pinche de cocina debe de

conocer las condiciones de almacenamiento y conservación de cada alimento y realizarlo correctamente, ya que una mala gestión a la hora de realizar su conservación puede que salga una contaminación cruzada o intoxicaciones alimenticias. Dentro del ámbito de una cocina hay unos registros obligatorios por el Reglamento 852/2004 que se llaman APPCC. Estos registros lo que hacen es ayudarnos a seguir el rastro de cualquier alimento a través de todas sus etapas de producción, transformación y distribución. Este control es tan exhaustivo que tratar de evitar que se produzcan intoxicaciones alimentarias.

2 Objetivos

Dar a conocer los métodos empleados para la conservación de alimentos y las técnicas que se debe aplicar.

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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Los alimentos se clasificaran de acuerdo a su tiempo de duración:

- Alimentos Perecederos: Son aquellos que se descomponen fácilmente, como por ejemplo: leche, las carnes, los huevos y las verduras.
- Alimentos semi-perecederos: Son aquellos que permanecen exentos de deterioro por mucho tiempo, como por ejemplo las papas, las nueces y los alimentos enlatados.
- Alimentos no perecederos: Son aquellos que no se dañan.

Los alimentos se pueden conservar mediante frio o calor como son:

- Refrigeración (frio): Mantiene el alimento por debajo de la temperatura de multiplicación bacteriana. Entre 2°C y 5°C .Conserva el alimento a corto plazo, ya que la humedad favorece la aparición de hongos y bacterias.
- Congelación (frio): El fundamento de la congelación es someter a los alimentos a temperaturas iguales o inferiores a las necesarias para su mantenimiento, para congelar la mayor parte posible del agua que contienen. Durante este período de

conservación, la temperatura se mantendrá uniforme de acuerdo con las exigencias y tolerancias permitidas para cada producto. 20° hasta 40° bajo cero.

-Escaldado (calor): Es un tratamiento térmico suave que somete al producto, durante un tiempo más o menos largo, a una temperatura inferior a 100°. Se aplica antes del procesado para destruir la actividad enzimática de frutas y verduras.

-Pasteurización (calor): Es un tratamiento relativamente suave. Temperatura menor a 100°c.

-Esterilización (calor): Es un proceso más drástico, en la que se somete al producto a temperaturas de entre 115° y 127° C durante un tiempo que torna a los 20 minutos. Esta técnica elimina parte del agua del alimento, por ejemplo desecación, salazón, curado, azucarado y ahumado.-

-Otros: como son los escabechados, se usan los conservantes.

Los productos deben estar etiquetados correctamente para informarnos de todo lo relacionado con el alimento, este debe contener la fecha, el producto que se trata, etc.

5 Discusión-Conclusión

Conocer estos métodos de conservación de alimentos nos lleva a tener la certeza de que consumir estos alimentos son buenos para el consumo humano y a la hora de preparar, elaborar, servir, tenemos la tranquilidad de no llegar a una intoxicación alimentaria.

Todo el personal de cocina que desempeña su trabajo en estas instituciones sanitarias, debe de saber todos los protocolos que existen , así como los pasos a seguir desde que se recibe la mercancía hasta que se deposita cada producto en su zona específica, ya que cada alimento necesita un almacenamiento distinto.

Realizando correctamente estos protocolos de conservación, evitaremos realizar una mala gestión y no desperdiciaremos ningún alimento.

6 Bibliografía

https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_CocinaAlimen.pdf
www.scielo.org

Capítulo 252

PINCHE DE COCINA: EL COVID-19 EN LA COCINA HOSPITALARIA

FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

ALICIA MORENO PÉREZ

BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ

ANTONIO IGUAL FERNANDEZ

1 Introducción

El COVID-19 supuso un reto grande para la sociedad. La normalidad que conocíamos se vio muy afectada y sectores como la restauración bajaron su actividad. Las cocinas hospitalarias no sólo continuaron su servicio habitual sino que además sufrieron un incremento del trabajo de manera exponencial debido al número de pacientes que ingresaban cada día en las instalaciones en unas circunstancias de gran incertidumbre. El desconocimiento de las vías de transmisión del virus en los inicios de la pandemia obligó a la adopción de medidas extremas en la distribución de las comidas a los pacientes y se utilizaban materiales desechables. La sobrecarga y la falta de personal llevaron a simplificar los menús reduciendo sus manipulaciones y aumentando la compra de productos de cuarta y quinta gama.

Es importante destacar que los trabajadores y en particular los pinches de la cocina hospitalaria, conozcan muy bien el funcionamiento del Covid-19 e iden-

tifiquen y controlen los puntos críticos en la cocina y también conozcan que medidas de prevención son destinadas a cuidar de su propia salud y la de los demás.

Por todo ello, consideramos muy interesante valorar los efectos del nuevo coronavirus en la cocina hospitalaria y el personal que trabaja en ella.

2 Objetivos

Describir unas correctas prácticas de higiene para prevenir la infección por Covid-19 en la cocina hospitalaria.

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, Medline, Scielo así como el buscador google.

4 Resultados

Según la EFSA (Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria), no hay pruebas de que los alimentos sean en sí mismos una fuente de transmisión del coronavirus. La OMS (Organización Mundial de la Salud), por su parte, asegura que el coronavirus no es capaz de sobrevivir ni multiplicarse sin un huésped vivo, por lo que no podría mantenerse con vida en la superficie de los alimentos ni sus envases. Si bien se cree que el brote inicial en China fue resultado de la ingesta de algún animal infectado, a día de hoy no se tiene constancia de que ningún caso de transmisión del virus sea a través de alimentos.

Es por esto que utilizar unas correctas prácticas de higiene es de extrema importancia para lograr dos objetivos principales que son: Mantener la seguridad alimentaria y ofrecer a la población hospitalaria el acceso a una fuente segura de alimento. Se tomarán medidas como:

- Utilizar protección como mascarillas, cubrecabello, bata, guantes, etc...
- Desinfectar correctamente objetos que vayan a ser tocados por varias personas.
- Colocar dispensadores de desinfectante hidroalcohólico para el uso de los trabajadores, así como carteles de técnicas de lavado de manos.
- Mantener los espacios correctamente ventilados.

- Evitar el contacto físico, programando entregas y otras situaciones de contacto para que haya el menor número de coincidencias entre personas.
- Retirar abalorios y recogerse el cabello antes de ponerse la ropa de trabajo.
- Higienizar periódicamente las superficies y objetos de uso común como taquillas, picaportes, lavabos, etc...
- No entrar a la cocina con la ropa utilizada en el exterior, ni salir al exterior con la ropa de trabajo.
- Cuidar la desinfección de objetos y superficies utilizando, por ejemplo detergentes clorados, amonios cuaternarios, etanol superior a 70°.
- Higienizar el menaje de cocina utilizando medios mecánicos con temperaturas superiores a 82-85°C.
- Evitar cualquier manipulación innecesaria de los productos.
- Evitar tocarse ojos, nariz y boca.
- Usar correctamente el material desechable como guantes, mascarillas... cambiándolos cuando sea necesario.
- Lavarse las manos frecuentemente y de forma correcta según protocolos.

5 Discusión-Conclusión

Si bien el coronavirus no se transmite por vía alimentaria, sí es posible su transmisión por gotas que pueden contaminar superficies, objetos y alimentos.

Los servicios de cocina hospitalaria están acostumbrados que con los buenos hábitos de higiene ayudan a reducir el riesgo de transmisión de la mayoría de las enfermedades transmitidas por los alimentos como son la salmonella o la listeria y por ello limitan las posibles contaminaciones de los alimentos con Covid-19.

El papel del pinche de cocina en la prevención de la contaminación es necesaria para asegurar su higiene personal, la asepsia de las instalaciones y la inocuidad de los alimentos que se servirán a los pacientes y la salud de sus compañeros.

6 Bibliografía

www.scielo.org

<https://www.cett.es/es/cocinas-hospitales-covid19>

<https://www.efsa.europa.eu/en>

Capítulo 253

LA CINTA DE EMPLATADO: EL PAPEL DEL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIA

FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

ALICIA MORENO PÉREZ

BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ

ANTONIO IGUAL FERNANDEZ

1 Introducción

La cinta de emplatado es una de las fases de mayor importancia en el trabajo dentro de la cocina hospitalaria es donde se emplan las diferentes dietas y menús que se van a servir a todos los pacientes que están ingresados en un hospital.

La agilidad de servicio, el control de una temperatura adecuada de consumo de los alimentos, así como la coordinación del diferente personal que realiza esta acción, marcarán la diferencia que proporcionará que esta acción se realice con éxito y que el paciente ingresado en planta reciba una comida acorde a su patología, caliente, suficiente y sabrosa.

Resulta exitoso ver cómo se trabaja de una manera organizada personal con diferentes funciones en cocina, desde cocineros, dietistas, ayudantes de cocina, hasta

el personal de limpieza. Cabe destacar que en la mayoría de los hospitales españoles de gran capacidad, pueden llegar a servir unas 900 dietas diarias, repartidas en desayuno, comida, merienda y cena y por lo tanto, el emplatado es una de las acciones más complejas de gestionar por parte de un encargado de cocina. Hoy en día la dotación de cintas de última generación, así como sistemas de transporte avanzados y robotizados viene a facilitar estos trabajos.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es mostrar cómo se realiza el emplatado de alimentos en cinta en un centro hospitalario.

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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El emplatado en cinta consiste en racionar los alimentos para su consumo, siguiendo en todo momento los menús elaborados por los dietistas. Todo se realiza de acuerdo a las tarjetas de menús personalizados y requiere de una gran concentración, ya que de ello depende que la salud de los pacientes no se vea perjudicada como por ejemplo los intolerantes al gluten o los alérgicos.

En las cintas de emplatado se extremen las condiciones higiénicas tanto personales como de utensilios y se tienen que llevar en todo momento guantes, cofia y mascarilla.

Los ayudantes de servicios se colocan a los lados de una cinta transportadora que va llevando las bandejas en las que se tendrán que servir los alimentos en los platos.

En la cabeza de la cinta, un pinche de cocina va distribuyendo las bandejas con los cubiertos, el pan, si lo incluye el menú y la tarjeta con el tipo de menú e indicaciones adecuados a cada paciente. La segunda persona que se encuentra después es la que coloca los platos, a continuación una tercera persona va sirviendo los platos que corresponda a medida que las bandejas van pasando por sus puestos,

los carros donde se colocan, se mantienen los alimentos al baño maría para mantenerlos calientes, hasta que llega al lugar en el que se sitúa el dietista, que confirma que todo lo que se ha colocado en la bandeja es correcto.

Para terminar todo este proceso, los pinches que están al final de la cinta, cargan las bandejas en unos carros que se cierran térmicamente y se ponen hasta que la comida caliente alcanza los 85 °C. Una vez alcanzada esa temperatura, estas se distribuyen a las plantas.

5 Discusión-Conclusión

Los factores más importantes en la gestión del emplatado en la cinta son: la calidad de los alimentos, la temperatura de consumo por parte del paciente y la seguridad alimentaria.

Es importante el estudio del acondicionamiento de utensilios, carros de baño María y sistemas de transportes que vengán a facilitar las tareas de emplatado, se propone un seguimiento constante por parte de los encargados de cocina, actualizando o reparando, incluso sustituyendo la maquinaria que sea deficiente.

Por otra parte la profesionalidad por parte de los pinches de cocina que sirven y emplatan la comida es innegociable, también se considera relevante la realización de cursos de formación a los empleados que se incorporen al servicio de una cocina.

6 Bibliografía

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

Capítulo 254

EL CELADOR EN EL MOMENTO DEL PARTO EN SITUACION DE PANDEMIA

JOSEFA SEGOVIA HARO

DESIDERIO GÓMEZ VELASCO

MONICA MERO CAMACHO

LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA

MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ

1 Introducción

El brote de COVID-19 está aumentando rápidamente en número de casos, muertes y países afectados, y las mujeres embarazadas necesitan cuidados especiales en relación con el diagnóstico, manejo y prevención. Es fundamental que a las mujeres embarazadas no se les nieguen intervenciones que puedan salvar vidas en el contexto de una amenaza de enfermedad infecciosa grave, a menos que exista una razón de peso para excluirlas.

Los sistemas de vigilancia de los casos de COVID-19 deben incluir información sobre el estado del embarazo, así como los resultados maternos y fetales. Es importante estar atento a la propagación de la enfermedad y poder implementar rápidamente las medidas de control y gestión de brotes una vez que el virus llega a la comunidad. Por lo tanto, este estudio fue diseñado para mejorar la calidad de la atención de los sanitarios a través de lo que necesitan saber sobre el coronavirus durante el embarazo y el parto.

El COVID-19 no debe influir en el modo de parto si la situación respiratoria de la madre requiere un parto de emergencia. La madre infectada que tiene un trabajo de parto espontáneo podría recibir la aprobación para que dé a luz por vía vaginal. Puede considerarse la posibilidad de acortar la segunda etapa mediante un parto vaginal eficaz mediante pujos activos, ya que el uso de una mascarilla filtrada puede resultar difícil para la madre.

En el estudio de Lui, el 50% de las mujeres embarazadas dieron a luz mediante cesárea de emergencia debido a morbilidades maternas como sufrimiento fetal, rotura prematura de la membrana, muerte fetal intrauterina y 46% de trabajo de parto prematuro entre las 32 y 36 semanas. Para las madres exhaustas o hipóxicas, se debe tomar una decisión individualizada con respecto a acortar la duración de la segunda etapa del trabajo de parto con el parto instrumental. En particular, la incertidumbre sobre el riesgo de transmisión de madre a hijo por parto vaginal fue otro motivo para realizar cesáreas. La falta de evidencia de infecciones de transmisión vertical que pueden ocurrir durante el parto vaginal es una preocupación encomiable.

2 Objetivos

- Revisar las recomendaciones que aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con COVID-19 sospechado o confirmado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Google académico y Pubmed, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Se incluyeron todos aquellos estudios relacionados habilidades sociales en el ámbito sanitario, publicados en español

4 Resultados

Recomendaciones, para el sanitario de atención médica y no sanitarios, durante el parto:

Las recomendaciones siguientes se aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con COVID-19 sospechado o confirmado:

- La madre infectada debe ser ingresada en una sala de aislamiento con presión negativa en una unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Todos los proveedores de atención médica hospitalaria deben tener máscara de gas, pantalla protectora facial, gafas, guantes quirúrgicos y bata para atender casos confirmados de COVID-19.
- Se debe informar a las mujeres para que utilicen el transporte privado en lugar del transporte público y, si se requiere una ambulancia, la madre debe estar en cuarentena por posible COVID-19.
- Las mujeres deben ser conscientes de que se debe alertar a una partera a su asistencia antes de ingresar al hospital.
- Las mujeres deben usar una mascarilla quirúrgica adecuada y no deben quitarse hasta que la mujer esté aislada en una habitación adecuada.
- Las mujeres deben ser guiadas directamente a una sala de aislamiento, solo el personal esencial debe ingresar a la sala y las visitas deben mantenerse al mínimo.
- Todas las habitaciones de la madre que se utilicen deberán lavarse después de su uso según las directrices de esterilización del hospital.
- Los proveedores de atención médica deben notificar de inmediato al personal de control de infecciones en sus unidades sobre la futura madre que ha confirmado COVID-19.
- Los proveedores de atención médica deben asegurarse de que la madre pueda cumplir los requisitos de control de infecciones.
- Los proveedores de obstetricia deben obtener un historial de viajes detallado de todos los pacientes y definitivamente deben preguntar sobre los viajes en los últimos 14 días a áreas comunes de COVID-19.
- Para la recolección de muestras con torunda nasofaríngea de COVID-19, todos los sanitarios deben usar un respirador purificador de aire motorizado.
- Se recomienda ejercicio para reducir la ansiedad, la depresión y el estado de ánimo negativo durante este brote de enfermedad para los sanitarios con la cuarentena prolongada.
- Es obligatorio para todos los profesionales sanitarios que la autoprotección, el autocuidado y la higiene de las manos sean importantes.
- La unidad obstétrica debe estar equipada con instrumentos reutilizables y lavables a máquina que puedan desinfectarse fácilmente.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario priorizar la mejora de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, así como la educación, el apoyo y la capacitación de los proveedores de atención médica en el control de la epidemia de infecciones. Todos los países involucrados con la epidemia del virus deben publicar sus datos de investigación y recomendaciones clínicas como base para la atención futura hasta que las pautas evolucionen a medida que se disponga de más datos y se acumule experiencia. Compartir datos puede ayudar a los países que probablemente se verán afectados por la epidemia del virus en el futuro a prevenir las complicaciones maternas y neonatales asociadas con el COVID-19.

6 Bibliografía

1. Rasmussen SA , Smulian JC , Lednický JA y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y embarazo: lo que los obstetras deben saber . Soy J Obstet Gynecol. 2020; 222 (5): 415 - 426
2. Yang H , Wang C , Poon L . Infección por nuevo coronavirus y embarazo . Ultrasonido Obstet Gynecol. 2020 ; 55 (4): 435 – 437.
3. Liu Y , Chen H , Tang K y col. Manifestaciones clínicas y resultado de la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo . J Infect. 2020; pii: S0163-4453 (20) 30109-2. DOI: 10.1016 / j.jinf.2020.02.028
4. (RCOG) RCoOaG. Infección por coronavirus (COVID-19) en el embarazo, información para profesionales de la salud; 2020.
5. Liu W , Wang Q , Zhang Q y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) durante el embarazo: una serie de casos. 2020 . 202002.0373.v1.
6. Schwartz DA , Graham AL . Posibles resultados maternos e infantiles del coronavirus (Wuhan) 2019-nCoV que infecta a mujeres embarazadas: lecciones del SARS, MERS y otras infecciones por coronavirus humano . Virus. 2020 ; 12 (2): 194.
7. La L . Comprensiones emergentes de 2019-nCoV . Lancet (Londres, Inglaterra). 2020 ; 395 (10221): 311.
8. Chua MSQ , Lee JCS , Sulaiman S , et al. Desde la vanguardia de COVID-19: qué tan preparados estamos como obstetras: un comentario . BJOG. 2020. DOI: 10.1111 / 1471-0528.16192

Capítulo 255

EL CELADOR Y EL USO DE GRÚAS EN LOS HOSPITALES

JOSEFA SEGOVIA HARO

DESIDERIO GÓMEZ VELASCO

LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA

MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ

MONICA MERO CAMACHO

1 Introducción

La grúa es una herramienta auxiliar que utiliza el personal sanitario para movilizar al paciente dependiente. Con este elemento auxiliar se podrá realizar la movilización del paciente de una forma mucho más segura y evitar así el riesgo de lesiones, tanto del paciente como de su cuidador. Con la utilización de la grúa no será necesaria la ayuda de ninguna otra persona. Tan solo el cuidador será necesario para su movilización, dado que su utilización es muy sencilla.

Con la utilización de la grúa se podrán realizar todas las tareas para un buen cuidado del paciente. Desde incorporarlo para hacer un cambio desde la cama al sillón, para realizarle el aseo o incluso para llevarlo al inodoro y que realice sus necesidades sin tener que retirar el arnés. Además se podrán utilizar para una gran variedad de fines terapéuticos como la rehabilitación en piscinas o la rehabilitación en sala.

Estas grúas no solo podrán ser utilizadas en Centros Sanitarios, sino que su uso también podrá ser extendido al uso domiciliario. De esta manera los familiares de una persona con movilidad reducida podrán realizar las tareas de movilización, traslado, aseo y rehabilitación de un modo más cómodo y sin la necesidad de realizar grandes esfuerzos

2 Objetivos

-Explicar que son las grúas auxiliares, como se realizan los movimientos básicos y como colocar el arnés al enfermo de la unidad sanitaria

3 Metodología

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

4 Resultados

Las grúas auxiliares son un tipo de ayuda técnica que permite realizar la movilización de los pacientes dependientes que no tengan ningún tipo de movilidad o esta sea reducida. Lo podrán realizar de una forma segura y a la vez cómoda, tanto para el paciente como para el cuidador, evitando así las posibles lesiones sufridas en la espalda por parte del cuidador al reducir los esfuerzos que debe realizar.

Los movimientos que se van a realizar con la grúa básicamente serán dos, desde la posición de tumbado realizar el traslado al sillón o silla de ruedas y viceversa. Para la colocación del arnés se han de seguir los siguientes pasos.

Desde la posición de tumbado:

1. Estando el paciente en posición decúbito supino (boca arriba), colocarlo en posición decúbito lateral (de lado).
2. Colocar el arnés sobre la cama bien estirado.
3. Girar al paciente sobre el arnés y colocarlo en posición decúbito lateral sobre el otro lado.
4. Pasar al paciente a posición decúbito supino.

5. Colocar las bandas inferiores de forma entrecruzadas.

Desde la posición de sentado:

1. Colocar el arnés desde arriba hacia abajo por la parte de atrás del paciente.

Reclinado levemente al paciente para facilitar la maniobra.

2. Pasar las bandas inferiores de forma entrecruzada.

Para la maniobra de elevar al paciente se seguirán los siguientes pasos:

1. Se acercará la grúa y bajará el brazo.

2. Colocar las bandas superiores del arnés enganchando en el lugar correspondiente (la más corta).

3. Colocar las bandas inferiores en los enganches contrarios a las bandas.

4. Elevar al paciente con suavidad y transportarlo al lugar correspondiente.

Para la movilización de la grúa con el paciente en suspensión se han de abrir las patas de la grúa para conseguir una mayor estabilidad.

A la hora de posicionarlo en el lugar deseado se seguirán los siguientes pasos:

1. Colocar al paciente sobre la superficie deseada.

2. Se descenderá el brazo de la grúa.

3. Se sujetará con una mano el arnés para ayudarse a colocar al paciente en la posición deseada y con la otra mano se descenderá el brazo.

4. Se retirará el arnés de forma inversa a como se colocó.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de un medio auxiliar mecánico como es la grúa para la movilización y transporte de los pacientes encamados con movilidad nula ayudara a intervenir sobre el paciente. De modo que facilitará por parte del cuidador al desplazamiento de este a la hora de realizarle los cuidados básicos como la higiene.

Con la utilización de esta herramienta auxiliar se evitarán lesiones por ambas partes. El paciente evitará ser dañado durante su manejo y el cuidador evitará la realización de sobreesfuerzos a la hora de su movilización que pueden provocar lesiones de espalda. Por otro lado al ser necesario tan solo un cuidador para realizar el movimiento del paciente, el resto de personal podrá atender los cuidados de otros pacientes o realizar otras tareas.

6 Bibliografía

1. <https://ortopediaenlinea.com/arneses/>

2. <https://moovintecmovilidad.es/diferencias-minusvalia-movilidad-reducida/#::text=Las%20personas%20con%20movilidad%20reducida,tener%20o%20no%20una%20discapacidad.>

Capítulo 256

EL CELADOR Y LOS CAMBIOS POSTURALES Y DE MOVILIZACIÓN PARA EVITAR ÚLCERAS

JOSEFA SEGOVIA HARO

DESIDERIO GÓMEZ VELASCO

MONICA MERO CAMACHO

LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA

MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ

1 Introducción

El celador forma parte del personal de los servicios sanitarios cuyas funciones están reguladas en el artículo 14.2 del Estatuto de Personal No Sanitario de las Instituciones de la Seguridad Social. Este estatuto se plasmó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971, publicado en el BOE de 22 de Julio de 1971.

Los celadores deben colaborar con el equipo médico, enfermería y técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en las tareas que están establecidas dentro de sus funciones.

Es de vital importancia su trabajo, a la hora de realizar los cambios posturales en los pacientes, favoreciendo así su bienestar y previniendo, entre otras posibles

complicaciones, las úlceras por presión. Definimos úlceras por presión: las heridas o lesiones que aparecen en la piel de los pacientes que han estado sometidos durante mucho tiempo a un exceso de presión, como por ejemplo, en el caso de las personas que permanecen tumbadas en la misma postura y sin poder moverse. Determinados estudios, indican que cuando los pacientes permanecen más de 90 minutos en la misma postura están sometiendo al cuerpo a una presión continuada, entre los huesos y el colchón, y entonces es cuando aparece una úlcera por presión.

2 Objetivos

Identificar cuáles son los cambios posturales que han de realizarse por parte del celador, para prevenir las úlceras a presión en los pacientes encamados.

3 Metodología

Para llevar a cabo ésta revisión bibliográfica, se realiza una búsqueda de las principales investigaciones procesadas en la base de datos Medline y Pudmed, empleando las palabras “celador” “úlceras” “presión” “postural”. De ésta búsqueda, se localizaron un total de 120 artículos, de los cuales se eligieron los textos en castellano y cuya publicación se realizó entre 2005 y 2019, excluyendo los del resto de idiomas y con fecha de publicación previa a 2005. Con éste filtro, se reducen las búsquedas a 40 artículos. Se ordenaron según relevancia y fueron analizados.

4 Resultados

Para ayudar a prevenir las úlceras por presión es necesario realizar cambios posturales en los pacientes que no tengan movilidad o sea reducida, además, debemos educar a quienes dispongan de dicha movilidad, para que sean ellos mismos quienes cambien de posición, siempre que sea posible, fomentaremos la independencia y autonomía del paciente.

Los cambios posturales consisten en colocar al paciente en una posición determinada durante un período de tiempo.

Seguiremos una rotación programada, alternando éstas 5 posturas, cada dos o tres horas (dos cambios por turno) durante las 24 horas, con el fin de evitar o disminuir la presión prologada

- Decúbito supino: en posición boca arriba, el paciente estará con los brazos paralelos al cuerpo y un poco separados, las piernas deben permanecer también separadas, evitando que se giren a los lados. Colocaremos un cojín o almohada debajo de cada extremidad, dejando libres los tobillos y los talones.
 - Decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo: quitaremos todas las almohadas, excepto la que se encuentra debajo de la cabeza, flexionaremos el brazo y la pierna contrarios al sentido del giro, es decir, si giramos hacia la derecha, flexionaremos el brazo y la pierna izquierda, quedando el resto de extremidades estiradas y separando un poco del cuerpo. Nos colocamos en el mismo lado de la cama donde vamos a girar al enfermo, colocamos una mano en el hombro y la otra en la rodilla flexionada, apoyamos nuestra pierna sobre la cama para repartir el peso y lo giramos hacia nosotros. Colocamos nuevamente las almohadas en la espalda del paciente, permitiendo así su descanso y las otras desde la rodilla hasta los tobillos para protegerlos.
 - Sedestación: es la posición en la que tendremos sentado al paciente, para ello, lo colocaremos en una de las orillas de la cama, acercando allí la silla. Pondremos una de nuestras manos sobre su hombro y la otra mano sobre la rodilla más lejana e iniciamos el desplazamiento. Debemos tener siempre las piernas flexionadas para evitar lesiones y bloquear las suyas con las nuestras, ahora procedemos a traerlo hacia nosotros estabilizándolo para que apoye los pies en el suelo, levantamos y giramos hacia la silla, sentándolo sobre una almohada.
 - Decúbito prono: posición boca abajo, no recomendada para todos los pacientes, dependerá de su patología y condición clínica ya que es una postura que oprime los pulmones y cuesta respirar. Debemos colocar una almohada bajo la pelvis, los brazos podemos colocarlos estirados a lo largo del cuerpo y con las palmas de las manos mirando hacia el techo o bien con los codos flexionados en cruz y las palmas de las manos sobre la almohada de la cabeza. Las piernas deben permanecer estiradas y colocaremos otra almohada en los tobillos para favorecer el ángulo recto.
- En cada cambio de posición, evitaremos siempre el arrastre y el contacto de los huesos entre sí. Nos ayudaremos de almohadas para proteger los diferentes puntos del cuerpo donde pueden aparecer las úlceras por presión. No es recomendable tener a una persona en posición sedestación más de una hora. Siempre le indicaremos al paciente que movimientos vamos a realizar y le informaremos al respecto.

5 Discusión-Conclusión

Con ésta revisión bibliográfica, hemos descubierto cuales son los cambios posturales más frecuentes que pueden realizarse para prevenir las úlceras a presión, aunque sería necesario acompañarlos de otro tipo de cuidados, en los que ya intervendría el personal sanitario.

Destacamos que para poder efectuar todos éstos cambios y con la rotación recomendada, sería necesario contratar un mayor número de celadores en los centros sanitarios y establecer una serie de protocolos para cumplirlos obligatoriamente, dado que hay muchas lesiones en esta profesion por la falta tanto de profesionales como de cursos para hacer una correcta movilizacion del paciente y no crear daños colaterales asi mismo al realizarlos

6 Bibliografía

1. <https://www.elrincondelcuidador.es/movilidad-seguridad/protocolo-de-cambios-postulares>
2. <https://ayudatecnicasibiza.com/cambios-posturales/>
3. http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/CAMBIOS%20POSTURALES%20Y%20TECNICAS%20DE%20MOVILIZACION%20Y%20TRASLADO%20DEL%20PACIENTE.pdf

Capítulo 257

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS SANITARIOS

JOSEFA SEGOVIA HARO

1 Introducción

Los centros de salud están diseñados para brindar atención y asistencia a los pacientes y usuarios a través de profesionales de la salud, ya sean médicos, paramédicos, personal de apoyo, todos los días del año, entre el personal con el que laboran podemos encontrar auxiliares administrativos.

Entre otras cosas, los profesionales administrativos son responsables de los servicios de información y documentación de salud, incluyendo el manejo de todos los procedimientos administrativos que aseguren la continuidad de la atención en todo momento, y las acciones a realizar para proporcionar a los pacientes información sobre todos los cuidados, emisión de informes de alta, confirmaciones cuando corresponda Informes, informes de alta y otros informes o documentos clínicos requeridos. Muchas de las funciones que un ejecutivo desempeña en un centro de salud son las mismas que puede desarrollar en una empresa u organización, aunque muchas otras funciones son más especializadas porque se realizan dentro del sistema de salud. Por ello, debemos comprender las principales características de los sistemas de salud, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como “un conjunto de elementos interconectados que contribuyen a la salud de las familias, los lugares de trabajo, los espacios públicos y las comunidades, así como al medio físico y al bienestar psicosocial”. , y en el sector salud y otros sectores relevantes”

2 Objetivos

-Explicar e indicar las funciones del auxiliar administrativo en las administraciones sanitarias

3 Metodología

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

4 Resultados

Las tareas administrativas más importantes en los centros sanitarios tienen que ver con la gestión de pacientes.

Por eso, el objetivo principal es gestionar y organizar el flujo de pacientes, el acceso a la atención médica, para que sea simple, justo, flexible y eficiente. Gestionar y coordinar las derivaciones entre centros de salud. Recoger datos sobre las actividades asistenciales realizadas y establecer la coordinación y comunicación entre atención primaria y atención especializada.

Un auxiliar administrativo tiene alta capacidad de escucha, es capaz de desenvolverse adecuadamente en entornos y escenarios complejos de establecimientos de salud, es un profesional responsable, con un fuerte sentido ético y humano, comprometido con las funciones administrativas y promotor de hábitos de vida saludables .

Las funciones administrativas clave incluyen:

Atención al cliente, atención telefónica, gestión de citas de pacientes

Orientación e información para pacientes y usuarios del sistema de salud

Tramitación administrativa de documentos, documentos y comunicaciones internas y externas

Elaboración, actualización y mantenimiento de documentos, archivos y archivos. digitalización de archivos

Gestión de equipos de oficina y bases de datos.

Apoyo administrativo para la gestión y seguimiento distrital

Registro

Informes y Estadísticas

Dentro del sistema sanitario las funciones de los profesionales administrativos en el ámbito de la salud son más que necesarias e importantes, puesto que se encargan de tareas de diversa índole como son: la gestión de citas de los usuarios, las tareas asistenciales, recepción de llamadas, atención al público, la gestión y administración en el sistema informático y un sinfín de cometidos, que son parte de sus obligaciones y que hacen que su figura sea imprescindible, podríamos decir que el correcto funcionamiento de un centro sanitario también depende en buena parte de su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con la importancia del auxiliar administrativo que desarrolla eficientemente importantes funciones de organización, coordinación, planificación, almacenamiento y registro en los centros sanitarios. Se hace imprescindible una continua formación y actualización de los recursos y herramientas necesarios para llevar a cabo su labor y que tenga amplios conocimientos en su área laboral, el aprendizaje constante es imprescindible para el crecimiento de todo profesional.

Podemos decir que el auxiliar administrativo forma parte de los profesionales no sanitarios del sistema de salud y como tal desarrolla importantes funciones dentro de la organización del sistema sanitario y contribuye gracias a su labor al buen funcionamiento del mismo.

6 Bibliografía

- 1-Funciones del Auxiliar Administrativo Sanitario (formacionalcala.es) Administrativo – educaweb.com
- 2-Guía de gestión de los servicios de admisión y documentación clínica. (sedom.es) Madrid 2000
- 3-Funciones administrativas en los centros sanitarios. Ana Campos San Martin (2010)

Capítulo 258

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE URGENCIA Y LA VIOLENCIA DE LOS PACIENTES HACIA ELLOS

JOSEFA SEGOVIA HARO

1 Introducción

Debido a que el auxiliar administrativo es la primera persona con la que el paciente o sus familiares tienen contacto cuando acuden a un centro sanitario, en los últimos años han aumentado de manera considerable los casos de violencia física o verbal hacia él/ella en las instituciones sanitarias

Las agresiones físicas conllevan un peligro físico para el trabajador, pero las verbales también provocan ansiedad y estrés, e incluso miedo, lo que hace que el trabajador reniegue de acudir a su puesto de trabajo y por ello pedir la baja laboral.

Un estudio afirma que 8 de cada 10 auxiliares administrativos han padecido en los últimos 5 años, alguna agresión por parte de los pacientes o los familiares de estos, siendo en su mayoría mujeres las afectadas. Las bajas laborales han aumentado un 38 % en los últimos 5 años por estrés y ansiedad provocados en su mayoría en el ámbito laboral.

Formar a los trabajadores para que sepan gestionar este tipo de problemas es primordial. Es importante que los trabajadores aprendan a gestionar este tipo de emociones y disminuir las consecuencias de estas sobre sus organismos. De este modo, se podrá reducir el estrés de los trabajadores, así como, mejorar su rendimiento laboral.

2 Objetivos

- Mostrar conocimientos y habilidades que se pueden adquirir para manejar el conflicto de la mejor manera.
- Desarrollar medidas preventivas que pueden contribuir al confort del paciente y del trabajador.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los últimos tiempos se ha extendido notablemente la violencia en la sanidad. A menudo los auxiliares administrativos tienen que tratar con pacientes difíciles cuyo comportamiento nos agobia y nos frustra.

Los auxiliares administrativos deben aprender a reconocer a este tipo de pacientes para saber llevar la situación lo mejor posible. La mayoría de las veces estos pacientes solo quieren llevar la razón y no va a ceder ante nada de lo que se les diga. El trabajador debe explicarle las cosas de manera que lo comprenda y si aun así persiste con su agresividad, no tomárselo como algo personal ni perder el control.

Debemos seguir unos pasos en el trato hacia ellos:

- Ponernos en el lugar de la otra persona.
- No intentar cambiar a la otra persona.
- Explicarle con calma la situación sin perder el control.

En el caso de que se produzca una agresión, el trabajador tiene que comunicarlo a su superior inmediatamente y si necesita ser revisado por un médico para que haga el correspondiente informe para tramitar la denuncia hacia paciente agresor.

Muchas veces la causa por la que el paciente se desespera y termina agrediendo al trabajador, es por las listas de espera del centro sanitario y la mala organización del mismo. Esto tiene solución y evitaría la mayoría de las quejas de los pacientes.

Entre otras medidas para que el paciente no se sienta frustrado y por tanto acuda al centro enfadado y pueda cometer una agresión ya sea física o verbal pueden estar:

- Reducir las listas de espera.
- Dotar al centro sanitario del personal suficiente para que puedan dar una atención satisfactoria al paciente.
- Informar debidamente al paciente sobre los tiempos de espera y ofrecerle los medios oportunos para la presentación de quejas.
- Informar al paciente con exactitud sobre los procesos médicos.

5 Discusión-Conclusión

Se puede observar que las agresiones físicas y verbales han aumentado considerablemente. Por ello es necesario que el auxiliar administrativo esté debidamente formado para lidiar con este tipo de situaciones que son imprevisibles, ya que en la mayoría de los casos el trabajador no actúa ni responde adecuadamente a las quejas del paciente.

Se deberían hacer cursos para formar al trabajador en este aspecto y para que así sea capaz de resolver este tipo de situaciones, ya que el auxiliar administrativo trata con un gran número de personas diariamente a lo largo de su jornada laboral tratando temas muy importantes para el paciente. Los hospitales y los centros sanitarios en general, implican contextos donde las emociones son muy intensas. Este tipo de emociones a veces pueden llevar a una persona a actuar de la forma incorrecta. Por ello, es primordial que el trabajador sea capaz en primer lugar, de entender al paciente, proporcionarle la ayuda que necesita, y si observa signos de posible agresión física o verbal, buscar ayuda de forma inmediata.

6 Bibliografía

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

Capítulo 259

INFORMACION ASISTENCIAL AL PACIENTE Y SU DERECHO A LA AUTONOMIA

SILVIA CORDERO LÓPEZ

1 Introducción

Los pacientes tienen todo el derecho a conocer, con el motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información sobre la misma que esté disponible, salvando aquellos supuestos exceptuados por la Ley. Por otra parte toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada y esta información, como regla general se dará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, que comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y las consecuencias que conlleva.

La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de manera comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

El médico que sea el responsable del paciente le garantizará el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales sanitarios y no sanitarios que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o procedimiento específico también serán los responsables de informarle.

La información clínica que se da al paciente o usuario de un servicio del sistema de salud puede contribuir a la mejora del desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios y pacientes y, por tanto, influir en la calidad del servicio.

El ordenamiento jurídico define la información clínica como parte de la *lex artis* la cual ha de cumplir todo profesional sanitario y no sanitario y fija unos caracteres que aparecen como mínimos de calidad.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es conocer acerca de la información asistencial sanitaria en relación a los trabajadores sanitarios y no sanitarios que están en contacto con los pacientes, quién tiene derecho a ella, así como también conocer todo lo relacionado con la autonomía del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica en bases de datos científicas como Scielo, Medline, Pubmed, incluyendo artículos relacionados con la comunicación e información con el paciente.

4 Resultados

La información que obtenemos a través de nuestro trabajo como auxiliar administrativo ha de ser proporcionada al paciente (salvo excepciones recogidas por la norma), incluyendo la finalidad de la intervención, los riesgos y su naturaleza. Además, ha de ser veraz, comprensible para el destinatario y adecuada a sus circunstancias tanto personales como sociales.

Todo profesional sanitario que intervenga en el proceso asistencial tiene la obligación de informar al paciente dentro de sus funciones y competencias, aún estando presente la figura del médico responsable, figura que no siempre está claro de establecer.

Igual de importante es detenerse sobre el derecho del paciente a no ser informado, derecho limitado en algunos casos como el interés de la salud del propio paciente, de terceros o de la colectividad.

Vamos a ver quién es el titular del derecho a la información asistencial:

- 1. El titular del derecho a la información siempre es el paciente. También deben ser informadas las personas vinculadas a él, por circunstancias familiares o de hecho, siempre y cuando el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

- 2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de un modo que sea adecuado a sus posibilidades de comprensión, debiendo informar también a su representante legal.
- 3. Cuando el paciente, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas que estén vinculadas al paciente por circunstancias familiares o de hecho.
- 4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica que es la facultad del médico para actuar sin informar antes al paciente, cuando por razones de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

Ahora vamos a ver el procedimiento a seguir en el consentimiento informado en diferentes puntos:

1. Toda actuación que se de en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado.

2. El consentimiento será por regla general verbal.

Sin embargo, se prestará por escrito en algunos casos como por ejemplo: en una intervención quirúrgica, en procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes y que generen una repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. Todo paciente tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, el cual nunca podrá comportar riesgo adicional para su salud.

4. El paciente puede revocar siempre libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Existen algunos límites a la hora de informar al paciente como la renuncia del paciente a recibir la información, en este caso, se respetará su voluntad de no ser informado haciendo constar su renuncia documentalmente.

En el caso de que el paciente necesite una intervención urgente de vida o muerte en ese caso los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables sin necesidad de contar con su consentimiento, ya sea porque existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley o por riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, a sus familiares o a las personas vinculadas a él.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a lo expuesto anteriormente en relación con el derecho a la información del paciente, es preciso insistir en que, aun cuando aparece vinculado, como requisito previo al otorgamiento del consentimiento informado, el tratamiento es como un derecho autónomo e independiente. En efecto, no siempre y necesariamente la información se facilita por el facultativo de forma previa a cualquier intervención diagnóstica o terapéutica, sino que en ocasiones la información asistencial es muy necesaria para la mejor comprensión del tratamiento y seguimiento por parte del paciente en su tratamiento.

La información que proporcionamos al paciente además de ser veraz clara y comprensible, ha de darse desde mi punto de vista desde la cercanía, haciéndole sentir protegido y apoyado 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 260

DIFERENTES TIPOS DE LESIONES Y COMO ACTUAR FRENTE A LAS MISMAS

VICTOR RODRIGUEZ HEVIA

1 Introducción

Se define como lesión a cualquier tipo de daño que se llega a producir en cualquier parte del cuerpo tanto en la epidermis como en músculos, los ligamentos, los tendones, las articulaciones, los huesos, etc..., una alteración de las características morfológicas o estructurales del organismo en cualquiera de sus niveles de organización (molecular, celular, tisular, anatómico, corporal o social) producido por causas físicas, químicas o biológicas.

Es un término general que se refiere al daño que el cual es causado por accidentes, caídas, golpes, quemaduras, armas entre otras muchas posibles causas las cuales se pueden llegar a producir realizando cualquier tipo de actividad cotidiana, en el trabajo, practicando algún deporte o juego, en cualquier lugar, en espacios interiores o exteriores, conduciendo un vehículo o caminando por la calle...

En este estudio analizaremos las lesiones más comunes producidas por accidentes ya que conocerlas y diferenciarlas permitirá adelantarse a ellas y poder adoptar medidas preventivas, así como saber cómo poder llegar actuar y también que no hacer en el caso de tener que prestar los primeros auxilios cuando las circunstancias lo requirieran

La especialidad médica que tiene el cometido de identificar las características microscópicas de las lesiones, generalmente mediante las biopsias, es la anatomía patológica.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de lesiones
- Saber cómo actuar frente a cada tipo de lesión
- Saber que no hacer en caso de cada lesión

3 Metodología

Se ha comenzado por buscar a través de Internet información acerca del término lesión y a continuación se buscó información acerca de cada una de las lesiones encontradas, se ha analizado y realizado cribado de la información obtenida para así proceder a la elaboración de este estudio

4 Resultados

1- CONTUSIONES

Estas lesiones son producidas por un golpe o impacto sobre la piel, sin llegar a romperla, por lo que no llega a producirse una herida.

-CONTUSIONES LEVES. Son aquellas en que la zona es afectada de forma superficial. Se identifican por el enrojecimiento de la zona contusionada. Sus síntomas son dolores de intensidad variable dependiendo de la parte del cuerpo donde se hayan producido.

-CONTUSIONES GRAVES. Se identifican por la aparición del hematoma, producido por la rotura de vasos sanguíneos de mayor calibre que el capilar sin salida de sangre al exterior. Puede afectar a músculos, nervios, huesos, etc. Sus síntomas son dolor muy intenso, inflamación evidente, falta de movilidad.

-COMO ACTUAR CON LAS CONTUSIONES:

La norma general es la aplicación de frío (compresas, hielo.) y mantener en reposo la zona afectada. Posteriormente, siempre han de ser valoradas por personal facultativo, pues pueden ocultar lesiones más complejas.

-QUE NO HACER EN CASO DE CONTUSIONES:

- Vaciar los hematomas.
- Masajear y frotar los hematomas.
- Utilizar cremas, pomadas...

2- HERIDAS

Estas lesiones son producidas por la rotura de la piel. Las tres causas principales: por golpes, por incisiones o cortes y por abrasión. Su nivel de gravedad es muy variable.

- HERIDAS LEVES. Afectan solo a la piel y no tienen consecuencias o daños de órganos importantes. Por ejemplo: raspaduras, cortes superficiales...

- HERIDAS GRAVES. Presentan hemorragia y afectan a músculos, nervios, tendones, vasos sanguíneos y órganos internos.

-COMO ACTUAR ANTE LAS HERIDAS

- Evitar que se pueda contaminar la herida al curarla, utilizando material estéril y protegiéndose las manos con guantes en su defecto lavándolas con agua y jabón.

- Desinfectar la herida, limpiarla con agua y jabón o con una solución antiséptica, siempre desde dentro hacia fuera de la herida. No usar alcohol pues favorecería el sangrado de la misma.

- Si hay riesgo de infección es conveniente dejarla al aire libre, ya que favorece la cicatrización. En caso de sangrado, lo mejor es taparla con una gasa estéril fijada con esparadrapo, y cuando sea posible dejarla al aire libre.

- Vacunar para evitar de la infección del tétanos.

-EN CASO DE HERIDAS GRAVES

- Controlar los signos vitales del herido (si está consciente, la respiración y el pulso).

- Examinar al accidentado (si hay hemorragias, fracturas...).

- Tapar las heridas con materiales estériles o lo más limpios posible.

- Valorar por personal facultativo

-QUE NO HACER EN CASO DE HERIDAS

- Utilizar algodón.

- Quitar cuerpos extraños clavados.

- Manipular la herida.

- Utilizar antisépticos (Evitar los de color)

- Utilizar polvos, cremas, pomadas

3- HEMORRAGIAS

Son producidas cuando un vaso sanguíneo se rompe y la sangre sale de él.

Las hemorragias son clasificadas en externas o internas, según salga o no sangre al exterior del cuerpo; capilares, venosas o arteriales según el tipo de vaso que se rompa; agudas o crónicas según se produzca la pérdida de sangre de forma súbita o progresiva.

Su gravedad dependerá de dos factores: cantidad de sangre perdida y rapidez con que se pierda.

-HEMORRAGIAS CAPILARES

Se producen en todas las heridas leves: sangrado por derramamiento.

-HEMORRAGIAS VENOSAS O ARTERIALES.

La herida no para de sangrar y la sangre mana con fuerza.

Para identificar de que tipo es hay que fijarse en el color de la sangre:

Mas roja, saliendo de forma pulsátil (a golpes) y fuerte en la arterial

Mas oscura, saliendo de forma lenta y continua en la venosa

-COMO ACTUAR ANTE LAS HEMORRAGIAS

Si se trata de una hemorragia capilar:

-Lavar y desinfectar la herida y acudiendo a un centro sanitario en caso de precisar sutura.

Si es una hemorragia venosa o arterial, en ambos casos la actuación ha de ser rápida para evitar que se pierda mucha cantidad de sangre.

- Presionar directamente la herida.

- Poner la herida más alta del nivel del corazón.

- Vendaje de la herida. No se retirará el vendaje, aunque esté manchado pues podemos eliminar coágulos que se están formando. Se ha colocar más vendaje encima del existente y continuar ejerciendo presión.

-Si es arterial: presionar la arteria con los dedos que lleva la sangre a la zona donde se ha producido la hemorragia. Los puntos de presión arterial más importantes son las arterias humeral y femoral.

-IMPORTANTE

-Las hemorragias siempre han de ser valoradas por personal facultativo.

-El torniquete: Es una medida agresiva, sólo ha de realizarse cuando la hemorragia sea tan grave que pueda correr peligro la vida de la persona. En caso de usar se señalar con un T en la frente del herido y se aflojara cada máximo de 10 minutos

4- QUEMADURAS

-Las quemaduras son un tipo específico de lesión de los tejidos del cuerpo producidas por determinados causadas por agentes físicos (calor, radiación), químicos y eléctricos

-CLASIFICACION DE LAS QUEMADURAS

-Quemaduras de primer grado.

Afectan únicamente a la epidermis o capa más externa de la piel. Sus características son enrojecimiento de la piel, piel seca, inflamación moderada y gran sensibilidad en el lugar de la lesión.

-Quemaduras de segundo grado

Son más profundas que las anteriores, afectan a la dermis en profundidad. Su característica principal es la aparición de ampollas rellenas de un líquido claro que es suero e inflamación del área afectada.

-Quemaduras de tercer grado.

Afectan a todas las capas de la piel, a los tejidos que se encuentran debajo de la piel como vasos sanguíneos, tendones, nervios, músculos y pueden llegar a in-

cluso a lesionar el hueso. Son producidas por contacto prolongado con elementos calientes, cáusticos o por electricidad. Su característica es la piel se presenta seca, piel acartonada. Siempre requieren atención médica.

-MEDIDAS EN CASO DE QUEMADURAS TERMICAS

(LIQUIDOS A ALTAS TEMPERATURAS, SÓLIDOS INCANDESCENTES Y FUEGO)

1. Apartar al accidentado la fuente de calor. Apagar las llamas, retirar posibles materiales incandescentes, etc....

2. Realizar una valoración clínica general. Valorar el nivel de conciencia del herido y asegurar una buena función cardiopulmonar, examinando la mucosa oral y nasal para buscar signos de inhalación y asegurando el paso del aire y la circulación sanguínea. Se debe valorar la posibilidad de realizar la reanimación cardiopulmonar (RCP).

3. Contrarrestar los efectos del calor.

Las indicaciones de forma general a seguir en caso de quemaduras son:

- Enfriar la zona quemada con agua durante 10 o 20 minutos, o por tanto tiempo como perdure el dolor.

- Hacer reposar al accidentado, procurando que se sienta cómodo, protegiendo las zonas quemadas del contacto con el suelo.

- Con cuidado, quitar anillos, relojes, cinturones o cualquier ropaje ajustado del área afectada antes de que empiece a hincharse, no retirar si hubiera peligro de desgarro.

- Cubrir la zona afectada con gasas esterilizadas o algún material similar y proceder a vendar.

- Si la respiración y el latido se detienen se deberá realizar la RCP.

- Si el accidentado está inconsciente, pero respira, se colocará en posición de recuperación.

-MEDIADAS EN CASO DE QUEMADURAS ELECTRICAS

1. No tocar al accidentado sin cortar la corriente antes.

2. Separar al accidentado de la fuente eléctrica, separándolo por medio de materiales no conductivos (madera, plásticos,).

3. Realizar una valoración primaria (consciencia, respiración y pulso) y la reanimación cardiopulmonar si fuera preciso.

4. Actuar del mismo modo en las quemaduras térmicas según la gravedad.

-MEDIADAS EN CASO DE QUEMADURAS QUIMICAS POR CONTACTO CON SUSTANCIAS O PRODUCTOS QUIMICOS

- Disponer de las fichas de información de seguridad de los productos químicos.

- Actuar siguiendo las medidas indicadas en las fichas de datos de seguridad.

-QUE NO HACER EN CASO DE QUEMADURAS

- Aplicar cremas, pomadas, ungüentos, pasta dentífrica, que dificulten la salida del calor de la quemadura.
- Administrar líquidos vía oral (agua, refrescos...).
- Quitar las ropas de la zona quemada.
- Romper o pinchar las ampollas, ya que el líquido que contienen protege de una posible infección

5-LUXACIONES

Son la separación de dos huesos en el lugar donde se conectan en una articulación

-SINTOMAS

- Dolor muy agudo.
- Deformidad (comparar con el miembro sano), debido a la pérdida de las relaciones normales de la articulación.
- Impotencia funcional muy manifiesta
- CÓMO ACTUAR ANTE UNA LUXACIÓN
- Inmovilizar la articulación afectada.
- NO intentar reducir la luxación.
- Acudir a un centro sanitario para su reducción y tratamiento definitivo por personal facultativo.

6- ESGUINCE

Los esguinces son torceduras o distensiones de los ligamentos que son producidas cuando se estiran demasiado o cuando una articulación se sitúa en una posición antinatural.

- Existen tres clases de esguince, según su gravedad:
- Esguince de grado 1: distensión de los ligamentos sin llegar a una rotura de los mismos
- Esguince de grado 2: rotura parcial en el ligamento.
- Esguince de grado 3: rotura completa en el ligamento
- SINTOMAS:
- Dolor muscular intenso,
- Inflamación de la zona,
- cambio de color en la piel
- rigidez de la articulación
- CÓMO ACTUAR ANTE UNA ESGUINCE
- Inmovilizar la articulación afectada.
- Mantener el miembro afectado elevado y en reposo.
- Aplicar frío local.
- Valoración de la lesión por personal facultativo

7- FRACTURAS

Es la ruptura principalmente de un hueso, Si el hueso roto llega a romper la piel, se denomina fractura abierta o compuesta.

SINTOMAS GENERALES DE UNA FRACTURA:

- Dolor, suele localizarse sobre el punto de fractura. Aumenta de forma notable al mínimo intento de mover el miembro afectado y al ejercer presión, aunque sea muy leve, sobre la zona.
- Falta de movilidad de la zona afectada. Deformación del miembro afectado.
- Hematoma, por la lesión en los vasos que riegan el hueso.
- En algunos casos fiebre, sin que llegue a existir infección alguna.

CÓMO ACTUAR ANTE UNA FRACTURA

Para el tratamiento de las fracturas, hay que tener en consideración que los huesos rotos tienen bordes cortantes y puntiagudos que al menor movimiento se clavarán en la carne, produciendo roturas en los vasos sanguíneos y de fibras. Por ello, realizarán las siguientes operaciones

Examen y reconocimiento

No se debe mover al accidentado ni cambiarlo de postura, hasta que se le realice un examen para comprobar si existe alguna fractura e identificar los miembros afectados.

Ante todo, lo primero que hay que tener en cuenta del accidentado es la existencia de consciencia, respiración espontánea y pulso (valoración primaria). Si la fractura es abierta, se ha de proceder a curar la herida.

Inmovilización

Como primera medida, después de reconocer al accidentado se ha de proceder a inmovilizar el hueso fracturado, un entablillado puede hacerse con cualquier objeto duro, recto y de la longitud adecuada, por ejemplo: tablas, un bastón para una pierna; un lapicero para un dedo...

NO SE DEBE HACERSE EN CASO DE FRACTURAS

- Nunca debe intentarse unir los extremos de un hueso fracturado.
- No se tiene que mover al herido, si es imprescindible hay que primero inmovilizar la parte lesionada. Esto es muy importante si hay sospecha que la persona haya sufrido fracturas en cuello o en columna vertebral.
- No dar comidas ni bebidas, ya que esto podría demorar los efectos de la anestesia en caso de que la persona necesite cirugía

8 - FISURAS

Una fisura es una “abertura” delgada y alargada en un cuerpo óseo.

Se diferencian de las fracturas óseas, porque la separación entre los bordes del hueso es muy pequeña e incompleta; además, no hay fragmentos óseos.

-CÓMO ACTUAR ANTE UNA FISURA

- Detener cualquier sangrado, aplicando presión sobre la herida con una venda estéril, un paño limpio o un pedazo de ropa limpia.
- Inmovilizar la zona lesionada. ...
- Aplicar compresas de hielo para contener la hinchazón y ayudar a aliviar el dolor.

...

9 - CONTRACTURAS.

Es la contracción repentina del músculo se mantiene en el tiempo, causando dolor y limitando el movimiento.

-CÓMO ACTUAR ANTE UNA CONTRACTURA

- Desinflamar la zona con calor. ...
- Masajear la zona para descontracturarla
- Realizar estiramientos suaves. ...
- Practicar alguna actividad física suave para disminuir la tensión en la zona. ...
- Aplicar un analgésico local en la zona.

10- DISTENSION

También se denomina hiperextensión o elongación muscular.

Se produce cuando el músculo se estira más de lo que puede abarcar llegando a causar un dolor difuso que perdura en el tiempo.

-CÓMO ACTUAR ANTE UNA DISTENSION

- Aplicar hielo lo antes posible para reducir la hinchazón y durante los primeros días
- Dejar descansar el músculo lesionado y, si es posible, mantenerlo levantado por encima del nivel del corazón.
- Los antiinflamatorios o paracetamol también pueden ayudar a reducir el dolor y la hinchazón

5 Discusión-Conclusión

Es recomendable poder conocer y llegar a diferenciar los diferentes tipos de lesiones para saber cómo poder actuar frente a ellas (que se debe hacer y que no se debe hacer) o lo que viene a ser lo mismo realizar los “primeros auxilios” en caso de encontrarnos con una situación en la que se haya producido accidente y sea necesaria nuestra ayuda, pero lo que nunca hay que olvidar es que es solo una medida preventiva de emergencia hasta la llegada de personal sanitario especializado, ya que en caso de no actuar correctamente frente a las lesiones producidas podríamos empeorar gravemente la situación del herido.

6 Bibliografía

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

Capítulo 261

LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

VICTOR RODRIGUEZ HEVIA

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar -RCP- es una actuación para salvar vidas que es útil en múltiples situaciones de emergencia, como un ataque cardíaco o un ahogamiento, en las que la respiración o los latidos del corazón del herido se han detenido. Se recomienda comenzar a realizar el RCP haciendo compresiones fuertes y rápidas en el pecho. Esta recomendación para el RCP solo con las manos se aplica tanto para las personas sin capacitación como para el personal de primeros auxilios.

Si se tiene miedo de realizar una RCP o no se está seguro de cómo hacerlo correctamente, se debe tener en cuenta que siempre es mejor intentarlo que no hacer nada. La diferencia entre hacer algo y no hacer nada puede ser la vida o la muerte de un herido.

La RCP puede ayudar que se mantenga la circulación de la sangre oxigenada hacia el cerebro y otros órganos vitales hasta que se pueda restablecer el ciclo cardíaco normal. Cuando el corazón se detiene, los órganos del cuerpo ya no reciben sangre oxigenada. La falta del flujo de sangre oxigenada puede llegar a causar daño cerebral e incluso la muerte en solo unos minutos.

Si no se ha recibido capacitación y se tiene acceso a un teléfono, antes de realizar el RCP llama al 112 o al número local de emergencias. El operador dará instrucciones sobre los procedimientos adecuados hasta que llegue la ayuda médica.

Las técnicas de realización del RCP varían ligeramente dependiendo de la edad o tamaño del herido

2 Objetivos

- Aprender a reaccionar frente a una persona inconsciente
- Identificar si fuera necesario realizar una RCP
- Saber como efectuar una 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, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando tras un accidente, y aunque se no sepa la causa que lo ha producido, y se encuentre que una persona está inconsciente y aparentemente no respira espontáneamente, es muy posible que se deban iniciar las maniobras de "reanimación cardiopulmonar" lo mas rápidamente posible

1- ASEGURAR EL LUGAR

Eliminar del lugar los hechos los peligros que amenacen tu seguridad, la del paciente o la de las personas que ahí se encuentren.

2- COMPROBAR EL ESTADO DE CONSCIENCIA DEL HERIDO

Acércarse al herido y realizar estímulos sonoros y sensitivos (hablar, acariciar, pellizcar,...), esperando obtener una respuesta de tipo motor más que verbal; si la respuesta es muy débil, lenta, se controlarán con especial atención las constantes vitales.

-Si responde: dejar al herido en la posición en que se encuentra y pasar a realizar una valoración secundaria, poniendo solución a los problemas que se le vayan detectando.

-Si no responde: continuaremos con el paso 3

3- PEDIR AYUDA SIN ABANDONAR AL HERIDO

Avisar al servicio de emergencias "112" y colocar al herido en posición de reanimación, Boca arriba con los brazos y las piernas alineados sobre una superficie firme con el tórax al descubierto.

4-ABRIR LA VIA AEREA

Colocar una mano sobre la frente del herido y con la otra tirarle del mentón hacia arriba, para evitar que la lengua impida el paso del aire a los pulmones.

-APERTURA DE LA VIA AEREA

-El primer paso para facilitar la entrada de aire en las vías respiratorias del accidentado es retirar las barreras externas procediendo a retirar toda la ropa que pueda oprimirle o molestar en la reanimación.

-A continuación, se procederá a buscar objetos extraños visibles en la cavidad bucal del paciente. *Si hubiera algún objeto (dentaduras postizas, restos de comida,...) se retirarían con la mano o arrastrándolo con el dedo en forma de gancho*.

-Una vez que se haya aflojado la ropa y retirado los objetos de la boca hay que abrir las vías respiratorias superiores. La forma de hacerlo es colocando la mano sobre la frente y ejercer una presión firme hacia atrás con la palma. Los dedos índices y medio de la otra mano han de colocarse debajo del mentón, elevando y desplazando la mandíbula hacia delante.

-Si se sospecha una lesión cervical habrá que evitar mover el cuello.

5- COMPROBAR SI EL HERIDO RESPIRA NORMALMENTE manteniendo la vía aérea abierta

-VALORAR RESPIRACION Y PULSO

Para poder valorar la respiración es necesario verla, oírla y sentirla en el paciente. La mejor forma de hacerlo es pegando la oreja a su nariz para oír el ruido del aire, acercando la mejilla a la boca para sentir las corrientes de aire y fijando la vista en el tórax para observar movimientos respiratorios.

*Este examen debe durar al menos 5 segundos, para luego dedicar otros tantos a tomar el pulso en la arteria carótida, a la altura del cartílago tiroides, o en la subclavia axilar, humeral o femoral si no se pudiera acceder a la carótida (si llevara un collarín, o una lesión...).

Para tomar el pulso nunca debe usarse el dedo pulgar, este detalle suele pasarse por alto en muchas ocasiones ya puede hacer fallar el diagnóstico por tener ese dedo pulso propio*.

6- POSIBLES SITUACIONES ANTE LAS QUE NOS PODEMOS ENCONTRAR

Una vez efectuado un primer examen al accidentado podemos encontrarnos ante tres situaciones:

-Ventila y tiene pulso

-Colocar al accidentado en posición lateral de seguridad para facilitar el paso del aire y evitar que se atragante si vomita o sangra por la boca. Hay que evitar moverlo si se sospecha una lesión medular o vertebral.

- Comprobar periódicamente las constantes vitales del accidentado, dejándole

abrigado y en posición lateral de seguridad.

-NO ventila y tiene pulso

-Colocar al accidentado boca arriba, sólo si fuera necesario para ventilar. Quien valla a realizar la reanimación se colocará en un lateral de rodillas para insuflar y realizar el masaje. La posición debe permitir realizar las dos acciones sin desplazarse a lo largo del paciente

-Abrir de nuevo la vía aérea y efectuar 10 ventilaciones boca a boca. Se han de realizar en un minuto (una cada 6 segundos) haciendo las respiraciones profundas y lentas.

-Valorar la ventilación y pulso nuevamente, como ya se ha mencionado. Si continúa latiendo y sin respirar se seguirían haciendo ciclos de 10 ventilaciones. Si desaparece el pulso se pasaría directamente a realizar las compresiones torácicas.

-No ventila y no tiene pulso

-Colocar al accidentado boca arriba. El reanimador se colocara a un lado del paciente, palpa el reborde costal y desliza los dedos hasta encontrar los dedos índice y medio de una mano el borde de la última costilla. A continuación se deben deslizar los dedos hasta llegar a la parte superior donde se unen ambas costillas. Se ha de poner el dedo medio sobre esta excavación e inmediatamente al lado el dedo índice. Colocar el talón de la otra mano sobre el esternón, justo al lado de los dedos.

-Retirar la mano que tenía colocada sobre la excavación costal para ponerla encima de la mano que está sobre el esternón entrecruzando los dedos.

-Mantener los dedos de ambas manos sin hacer presión sobre el pecho y realizar 30 compresiones y 2 ventilaciones.

-Las compresiones han de realizarse exclusivamente con el talón de la mano, no con la palma. Los brazos deben estar rectos, en extensión, y los hombros en la misma línea que las manos, de forma que la fuerza se ejerza de manera perpendicular al esternón, comprimiéndolo entre 3.5 y 5 cm. Las manos no han de despejarse del tórax ni ser cambiadas de posición para no perder el punto de compresión. Si el pulso retorna, se darán por terminadas las compresiones vigilando si respira el accidentado y se colocándolo en posición lateral de seguridad mientras se espera la llegada de ayuda.

-Para la reanimación se realizarán en ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones. Siempre cada dos minutos (aproximadamente) se han de comprobar las constantes vitales.

5 Discusión-Conclusión

La reanimación cardiopulmonar es una actuación la cual puede salvar la vida de una persona que haya dejado de respirar o que haya entrado en parada cardiorrespiratoria, algunas de las causas más comunes son ahogamiento por inmersión, choque eléctrico, efectos de fármacos, esfuerzo físico muy extremo, etc.

Hemos analizado y ordenado los pasos que se han de seguir para reconocer el estado del accidentado y saber como proceder a actuar frente a las diferentes situaciones que puedan llegar a presentar.

Como aporte anecdótico, la Asociación Americana del Corazón sugiere que se deben hacer compresiones al ritmo de la canción "Stayin' Alive" del grupo musical "Bee Gees".

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>

Capítulo 262

EL PINCHE DE COCINA, RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE PROVISIONES

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

JORGE ROMERO MATEO

MARTA GARRIDO HERRERA

MARÍA NIEVES VALLE

VANESA GARRIDO HERRERA

1 Introducción

Cuando hablamos de la cocina del medio hospitalario, lo primero en lo que pensamos, es en la realización de los menús de los pacientes. Pero hay situaciones que son mucho más importantes, que se encuentran anteriores a este proceso de realización de las dietas (cortado, cocinado, preparado, etc.) y hablamos de la recepción y el almacenamiento de las provisiones, productos y alimentos.

La recepción de los alimentos en cocina se hace en primer lugar, y consiste en recibir todos los alimentos y/o productos para posteriormente almacenarlos.

Esto sigue un protocolo riguroso que explicaremos a continuación con más detalle.

Tanto en la recepción como en el almacenamiento es un proceso primordial que se pone sobre la mesa el buen estado de los alimentos.

El pinche de cocina deberá conocer y estar presente en cada uno de estos dos puntos que se plantean.

En muchas ocasiones, se encuentran en la recepción de los productos, y el almacenamiento, contribuye con su ayuda y es indispensable que conozca donde se encuentran cada uno de los productos y alimentos, así, se asegurará una rápida recogida a la hora de hacer de su uso y se asegurará un correcto almacenaje en el caso de volver a dejarlo en su sitio de origen.

En este capítulo, como hemos expresado, hablaremos de la recepción y almacenamiento de provisiones.

2 Objetivos

Conocer las técnicas más básicas sobre el almacenaje de los productos y alimentos.

Comprender la importancia del pinche de cocina en estos dos ámbitos.

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

Dependiendo del hospital, dependerá o dispondrá de un sitio de recepción diferente. Independientemente de donde lo reciban, deben tener ciertas peculiaridades tales como coordinación, supervisión y orden de los productos.

Suele situarse dentro del almacén y se encuentra relacionado con el departamento de compras, donde se traspasan los albaranes y facturas, que se sitúa en la planta baja. Es conveniente, también, que tenga un acceso directo con el exterior. Pero, debe estar lo más cerca posible de los frigoríficos y cámaras donde posteriormente se guardará la mercancía para evitar que pueda desperdiciarse. Las personas a cargo de la recepción, deben conocer cuales son los productos y donde se almacenarán a continuación.

Al recepcionar los productos o alimentos deberán comprobarse diversos aspectos como el peso, el embalado (que no esté roto o rasgado), el etiquetado (si cumple

con las normativas), el transporte (si se ha hecho a través del vehículo adecuado), la temperatura (en caso de que sean productos que necesiten permanecer en frío). En cuanto al almacenamiento, podemos destacar ciertos puntos muy importantes:

El almacén deberá contar con un espacio más que suficiente para todos los productos y/o alimentos.

No deben almacenarse alimentos que puedan perecer más rápido en demasiadas cantidades, a no ser que sean de mucha demanda.

Nunca se almacenarán los productos de mas cercana caducidad al final, así evitaremos que queden inservibles y ahorraremos en gastos.

La temperatura y humedad deberán ser los idóneos, para evitar que proliferen microorganismos que puedan alterar el estado de los productos y por lo tanto, puedan causar cualquier tipo de infección a los pacientes del hospital.

La ventilación, la iluminación, y la higiene del almacén deben estar regulados por la normativa que los compete.

Todos estos aspectos no tienen margen de error y deben respetarse y ser conocidos por todos los integrantes de la cocina hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina, debe conocer y poner en marcha todos los protocolos asociados a la recepción y almacenaje de los productos, sobre todo alimenticios.

Esto, puede servir de mucha ayuda y puede evitar intoxicaciones en los enfermos.

Incluso, en el peor de los casos, comprometer notablemente la vida del paciente.

En cada hospital, se sugieren unas normas o protocolos, pero en los aspectos anteriormente mencionados deben ser exactos y comunes en todos los centros.

El pinche de cocina, es una pieza fundamental en este aspecto, sobre todo a la hora del almacenamiento, ya que no conocer el orden de los alimentos, podría ser nefasto para el trabajo y para quienes reciben dichos productos.

6 Bibliografía

1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.

3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 263

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA HIGIENE EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y EL COVID-19

ANTONIA HONRUBIA GARCÍA

CARIDAD GOMEZ HONRUBIA

ISABEL HONRUBIA GARCIA

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

ANTONIA ALFARO CUERDA

1 Introducción

Nos referimos a los manipuladores de alimentos como aquellos involucrados en todas las etapas de producción y entrega de alimentos al consumidor final. Debemos tener en cuenta que la manipulación de alimentos incluye no solo el proceso de preparación, sino que cualquier persona que trabaje directamente relacionada con la preparación y el transporte de alimentos tiene la responsabilidad de implementar una serie de medidas de higiene para que estos alimentos sean saludables.

La responsabilidad por los alimentos no se limita a quienes manipulan directamente los alimentos, por ejemplo en la cocina, sino que también afecta a los encargados del transporte de los alimentos, quienes se encargan de que la temperatura y el tiempo de transporte sean los adecuados.

En este artículo nos centraremos principalmente en aquellos que manipulan directamente los productos en los hospitales, es decir, el personal de cocina, que juega un papel muy importante, lo que implica la necesidad de pautas de higiene para los alimentos, el medio ambiente y las personas.

En la cocina, en beneficio de todos, debe existir un cierto estándar de higiene, empezando por una buena higiene de manos, que incluye también la higienización de brazos, antebrazos y uñas al lavarse las manos. En caso de herida o herida en la mano, usaremos guantes para prevenir cualquier posible infección o contagio. También tenemos que cubrirnos el pelo con gorros y, si tenemos barba, hay unos párpados un poco más grandes que las mascarillas para evitar que el pelo caiga sobre la comida.

2 Objetivos

Explicar e indicar la importancia de una buena higiene en las cocinas hospitalarias y sobre todo de su personal.

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 pandemia del COVID-19 es una enfermedad altamente contagiosa que afecta a todos los puestos de trabajo. Todos debemos mantener una serie de medidas de seguridad e higiene. Destacamos la importancia de la higiene en la cocina, ante esta situación debemos prestar especial atención al lavado de manos, aunque se recomienda al personal que use guantes en este momento para reducir el contacto con los alimentos y la piel. Sin embargo, no hay que olvidar la necesidad actual de utilizar guantes, que han demostrado tener una mayor eficacia en el buen lavado de manos, y estos dispositivos no pueden ser sustituidos.

En la primera etapa de la desescalada, algunos expertos han desarrollado protocolos de higiene en la cocina que incluyen todo lo que interviene en la cocina,

desde trabajadores y utensilios hasta todos los aspectos de la propia cocina. Las precauciones de los trabajadores indican que se recomienda tomar la temperatura a todo el personal de cocina, ya que se sabe que si un trabajador presenta algún síntoma, una temperatura alta puede ser síntoma de que esa persona está infectada con COVID-19.

Esta guía también destaca la importancia de saber qué trabajadores son más susceptibles a la posible propagación de COVID-19, ya que siempre debemos esforzarnos por proteger a aquellos que pueden tener un mayor riesgo de contraer esta infección que otros. Tal y como nos cuenta esta publicación, “El Ministerio de Sanidad ha identificado grupos vulnerables ante el COVID-19: diabetes, enfermedad cardiovascular (incluida la hipertensión), enfermedad hepática crónica, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica, inmunodeficiencia, cáncer en tratamiento activo etapa del paciente, embarazo y mayores de 60.”, para evitar en lo posible que estas personas se infecten, se debería reestructurar incluso los trabajos de cocina para que ocupen puestos de menor contacto con los demás, reduciendo así el número de contagios.

5 Discusión-Conclusión

Nos seguimos encontrando en una situación de emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19, una enfermedad altamente contagiosa que afecta a todos los puestos de trabajo, por lo que todos debemos mantener una serie de medidas de seguridad e higiene, queremos destacar la importancia de esta higiene en la cocina, dada la situación, debemos prestar especial atención al lavado de manos, y de todo el material de cocina, aunque en este momento la recomendación para el personal es el uso de guantes para así reducir el contacto entre los alimentos y nuestra piel, sin embargo, y nunca olvidando la actual necesidad de uso de guantes, se ha demostrado mayor eficacia en un buen lavado de manos, que estos dispositivos no pueden sustituir.

6 Bibliografía

- 1-<https://www.saberysabor.com/articulos-cocina/a/202005/5162-principales-medidas-protocolo-covid19-restauracion>
- 2-https://www.euro-toques.es/documentos/noticiasfiles/Protocolo_especial_COVID-19_para_restaurantes.pdf
- 3-<https://manipulador-alimentos.net/quien-necesita-carnet-manipulador-alimentos/>

4-<http://acsa.gencat.cat/es/actualitat/butlletins/acsa-brief/guants/>

5-<https://www.restauracioncolectiva.com/n/la-responsabilidad-del-manipulador-de-alimentos-respecto-a-la-seguridad-parte-i>

Capítulo 264

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL PLATO TESTIGO EN LOS HOSPITALES

ANTONIA HONRUBIA GARCÍA

CARIDAD GOMEZ HONRUBIA

ISABEL HONRUBIA GARCIA

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

ANTONIA ALFARO CUERDA

1 Introducción

La seguridad alimentaria es un aspecto que se ha de cuidar mucho en todos los procesos de la producción, ya que la transmisión de enfermedades a través de los alimentos puede llegar a convertirse en un problema, debido a la aparición de nuevos microorganismos de otras zonas geográficas o que los ya existentes muestren nuevas resistencias.

En el medio hospitalario, la seguridad relacionada con los alimentos tienen una importancia aun mayor, ya que los pacientes, que son los mayores consumidores, son más susceptibles a cualquier tipo de enfermedad, al estar inmunodeprimidos o con alguna carencia en su nutrición.

Por todo ello, es necesario garantizar la seguridad en todo el proceso de producción, y esto se realiza a través del Sistema de Análisis de Peligros y Puntos de

Control Crítico, que define las medidas preventivas que se han de tomar respecto a la materia prima, proveedores, procesos, instalaciones, etc. También aplica sistemas de autocontrol para evitar y corregir malas prácticas en la manipulación de los alimentos y así prevenir la aparición de intoxicaciones alimentarias y brotes de infecciones.

Pero, aunque todo esto se lleve a la práctica, puede ocurrir que aparezca algún problema a posteriori, y para investigarlo y solucionarlo, hay que implantar medidas de carácter correctivo, como el Plato Testigo.

2 Objetivos

- Definir qué es el plato testigo y para qué se usa.
- Resumir el proceso de recogida de muestras para el plato testigo.

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

Aunque se pongan todos los medios para que la seguridad en los procesos relacionados con los alimentos sea totalmente efectiva, es cierto que los errores humanos y los fallos mecánicos existen. Por ello, además de hacer efectivas las medidas preventivas, también es necesario implantar unas medidas de corrección, para solucionar posibles problemas que puedan aparecer.

La conservación de muestras de las comidas ya preparadas y servidas es una de estas medidas. Se le llama el Plato Testigo y consiste en tomar una muestra de la comida, una vez elaborada y lista para servir, y conservarla, por si es necesario analizarla posteriormente tras la aparición de una posible intoxicación alimentaria. Se podrá ver cuál es la causa y poner las medidas necesarias para evitar más brotes.

Los platos testigo deberán contener la cantidad correspondiente a una ración de comida, y estarán identificados y fechados correctamente. Han de conservarse de

manera adecuada, refrigerados o congelados, durante al menos dos días. Si surge la sospecha de una intoxicación alimentaria, el análisis del plato testigo puede descartarla o confirmarla.

La recogida de muestras en la cocina del hospital ha de ser diaria y ha de realizarse con mucho cuidado para evitar contaminarlas mientras se manipulan. Después se cerrarán correctamente los envases, se identificarán y se fecharán.

Para que la recogida de muestras sea correcta, los encargados de esta labor cuentan con materiales que ayudarán a que el proceso se lleve a cabo correctamente. Estos materiales son: envases estériles cerrados, pinzas o cucharillas, termómetros, balanzas de precisión y frigoríficos para el mantenimiento de las muestras. En el traslado al laboratorio, el plato testigo deberá mantenerse refrigerado entre 4 y 6 grados.

El plato testigo deberá tener la misma composición y características que el plato que consuma el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La recuperación de un paciente ingresado en un hospital depende en gran parte del tratamiento para su diagnóstico y de su rehabilitación, pero no debemos olvidar que una buena salud empieza por una buena dieta, lo que nos lleva a la conclusión de que los alimentos que ingiera el paciente, serán casi tan importantes como su tratamiento para tener una rápida recuperación.

Partiendo de esa base, se puede decir que la manipulación de los alimentos en la cocina del hospital, es un punto clave en la salud de los enfermos ingresados y que cualquier error en este ámbito puede resultar fatídico. Por ello estos trabajadores deben controlar perfectamente todos los procesos alimentarios.

Pero si surge algún problema y hay que depurar responsabilidades, debe haber "testigos", en este caso, una muestra de comida conservada, que confirmará o descartará que el problema haya aparecido en la cocina o en manipulaciones posteriores

6 Bibliografía

1. VV.AA. Pinche. 1ª edición. Sevilla: MAD; 2019.
2. Márquez García, A.G. Seguridad del paciente desde la cocina hospitalaria. Revista Científica Sanum. Febrero 2017. <https://revistacientificasanu>

Capítulo 265

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS ALIMENTOS DE QUINTA GAMA DE UNA COCINA INTRAHOSPITALARIA

ANTONIA HONRUBIA GARCÍA

CARIDAD GOMEZ HONRUBIA

ISABEL HONRUBIA GARCIA

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

ANTONIA ALFARO CUERDA

1 Introducción

Vamos a empezar explicando a que nos referimos cuando empleamos la palabra “Gamas de alimentos”, ya que existen otras gamas previas. Usamos la palabra Gama para clasificar los alimentos en función de sus propiedades, origen y procesos a los cuales están sometidos.

Tipos de Gamas de alimentos:

-Primera Gama:

Aquí podemos encontrar los alimentos que se consideran frescos y que no han sido sometidos a tratamientos previos. Estos alimentos conservan todos sus nutrientes y características originales. Su vida útil es muy limitada. Serian alimentos como las carnes y pescados sin procesar, frutas y verduras.

-Segunda Gama:

Aquí incluimos las conservas y semiconservas. Han sido sometidos a procesos para poder mantenerlos en buen estado durante varios meses. Nos podemos encontrar latas de conserva que tienen una fecha de caducidad de varios años. Los procesos suelen ser de tipo térmico y también de envasado al vacío. Podemos encontrar alimentos como frutas, verduras, pescados, legumbres.

- Tercera Generación:

Son los alimentos congelados. Es una forma de mantener los alimentos conservados y listos para consumir mediante un breve proceso de cocinado. No todos los alimentos pueden mantenerse en este estado. Es importante saber que no se puede romper la cadena del frío.

Según el tipo de alimento, tendrán una caducidad distinta. Por ejemplo las verduras suelen conservarse unos 6/12 meses y las carnes o pescados unos 6 meses.

- Cuarta Gama:

Son los alimentos envasados al vacío y que no han sido sometidos a procesos de cocinado. Suelen ser frutas y verduras.

- Alimentos de 5ª Gama:

Son los alimentos que han tenido un tratamiento específico que suele ser el cocinado y el envasado y vienen acompañados de un tratamiento de frío para que se conserven correctamente hasta el final del tratamiento.

Las características de esta gama de alimentos son las siguientes:

-Alta calidad: uso de materias primas sin conservantes ni aditivos y se someten a un tratamiento térmico para eliminar los microorganismos que pueda haber y todo ello manteniendo las propiedades nutricionales.

- Gestión de caducidades: estos alimentos se etiquetan cuando son procesados para ver cuando caducan.

- Rapidez: estos alimentos se pueden preparar en un tiempo de 20 minutos aproximadamente.

- Variedad: puede ser tan amplia como se quiera

2 Objetivos

Describir qué son los alimentos de quinta gama de una cocina intrahospitalaria, indicando sus beneficios e inconvenientes.

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 factores beneficiosos sobre los alimentos de V gama son muchos, pero revisando varios artículos, también se han detectado una serie de inconvenientes entre los que podemos ver los siguientes:

- El volumen de los envases desechables aumentan en gran cantidad. Los alimentos llegan en unos envases que se utilizan solo para su transporte y conservación y que no se presentan cuando se sirven los alimentos a los consumidores.
- Estandarización de los alimentos: pérdida del toque especial en el proceso de cocinado.
- Se pierde el frescor inicial: los alimentos, al ser cocinados, conservados y almacenados, pierden el frescor de alimento de primera gama.
- Pérdida de productos debido a la fecha de caducidad: es importante una buena gestión de los alimentos almacenados para evitar que alcancen la fecha de caducidad y tener que desecharlos.

También es mencionable el factor ambiental del aumento de residuos de dióxido de carbono producidos durante el transporte de los alimentos desde el lugar donde se preparan hasta el lugar de consumo.

Otro inconveniente es el factor humano. En centros como pueden ser las cocinas de los hospitales, al usar alimentos de v gama se eliminarán tareas de la cocina dando lugar a una reestructuración del personal que se necesitaría para las labores de cocina, por lo que se reduciría la plantilla de trabajadores.

Como hemos visto y mencionado, hay factores a favor y otros en contra sobre la utilización de alimentos de V Gama. A pesar de esto, la mayoría de los centros optan por el sistema tradicional de elaboración consiguiendo crear empleo público y proporcionar un servicio de calidad a los pacientes.

Por otra parte, en los hospitales por ejemplo hay diferentes tipos de pacientes que cada uno puede necesitar una dieta específica según las patologías que tenga y los alimentos de V Gama están bastante estandarizados, por lo que en muchas ocasiones no cumplen con las exigencias de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, la ciencia y la innovación están en constante evolución. En este capítulo nos hemos centrado en los alimentos de V Gama , pero ya se están empezando a introducir los alimentos de VI Gama en el mundo alimenticio. El procedimiento diferenciador es la liofilización, que es un método para la conservación de alimentos en la que confluyen varios procesos como es la congelación, el vacío y la deshidratación. El resultado obtenido es un alimento seco que mantiene una gran parte de las características organolépticas de su estado original como es el aroma, el gusto o el sabor.

Este proceso de conservación de alimentos presenta muchas ventajas pero también hay que destacar que es un proceso mucho más caro que otros y que precisa de un alto grado de manipulación.

Este tratamiento se suele emplear para frutas, verduras, carnes y productos del mar entre otros.

Por todo ello, es importante estar atento a todas las novedades que van surgiendo y analizar y evaluar la mejor manera de poder ir utilizando estos avances en nuestro día a día.

Esto en los centros como pueden ser los hospitales sería una tarea de los gerentes, pero sería responsabilidad de los trabajadores estar formados y tener conocimientos sobre los nuevos avances y tecnologías para tener actualizados sus conocimientos.

6 Bibliografía

1. Artículo Saia 04/03/2020. <https://saia.es/alimentos-quinta-gama-restaurantes/>
2. Página web empresa Eudec Food. <https://www.eudecfood.com/es/restauracion-hospitalaria>.
3. Carmen Taía Aguilar. <https://www.directoalpaladar.com/otros/lasgamasalimentarias>.

Capítulo 266

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO

VANESA RUBIO AYALA

M.JOSE GARRIDO BARRERA

MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA SIERRA DE LA FLOR

IVÁN ARAQUE CASTELLANOS

1 Introducción

El servicio de urgencias es una unidad asistencial que está bajo la responsabilidad de un medico coordinador y que está destinado a la asistencia sanitaria de pacientes con problemas diversos y distinta gravedad. Normalmente son procesos agudos que necesitan de una atención inmediata. Hay que distinguir entre urgencia y emergencia. La primera es una situación en la que el paciente tiene un riesgo que no debe retrasarse más de 24-48 horas. Muchas de las veces que se demanda una urgencia, ya sea por el mismo paciente o por un familiar, no lo es, esto es lo que llamariamos una urgencia figurada. La emergencia es una situación crítica que requiere atención inmediata ya que implica un riesgo vital para el paciente.

El celador es una de las primeras personas que recibe a los pacientes en el servicio de urgencias por lo que su actitud es fundamental. El trabajo del celador

es un apoyo muy importante para el resto de personal sanitario y su trabajo es fundamental para un buen funcionamiento de la actividad en equipo.

En el presente capítulo explicaremos detalladamente las funciones que tiene el celador en esta área así como la importancia de sus actitudes en diferentes situaciones ya que éstas funciones son básicas para el control y orden de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer las funciones y la importancia que tiene el celador en el servicio de Urgencias.

3 Metodología

Para la realización de éste estudio bibliográfico hemos realizado una búsqueda sistemática en diferentes fuentes como páginas web, blogs, libros y artículos académicos relacionados con las labores de celador y las características sobre sus principales funciones en el servicio de urgencias

4 Resultados

En cada hospital existe un servicio de Urgencias que sigue una distribución basada en la funcionalidad. Esto es así porque por el servicio de urgencias es por donde suelen ingresar los pacientes y hay que tener una organización exhaustiva con zonas delimitadas para su correcta atención y evitar en todo lo posible los retrasos.

El servicio de urgencias está dividido en diferentes zonas que son la zona de admisión, sala de críticos, boxes, salas de espera, sala de observación y triage que es donde el personal facultativo recibe y clasifica a los pacientes.

En este servicio los celadores tienen un papel muy importante pues sirven de apoyo a toda esta organización. Así las tareas del celador en el servicio de urgencias son las siguientes:

- En primer lugar el celador es el que recibe al paciente, tanto de los que vienen por su propio medio como el que viene en ambulancia. Se les ayuda en el traslado al centro del servicio a todo el que lo necesite ya sea en silla de ruedas o en camilla.
- Si la situación del paciente es crítica y así lo requiere será quién dará el aviso al personal sanitario para que así actúen lo más rápido posible.

- El celador también es el encargado de tener en la entrada a disposición del paciente el número suficiente de camillas y sillas de ruedas.
- También será el encargado de dar información generalizada no sanitaria a los acompañantes del enfermo o al propio enfermo derivándole o acompañándole si fuera necesario al facultativo que corresponda.
- Vigilará las entradas de Urgencias controlando que no se produzca el acceso a personas no autorizadas y comprobando por ejemplo, que solo haya un solo acompañante por box. Lo boxes son salas dentro del servicio de urgencias y dentro del box los celadores también tienen funciones características como las siguientes:
 1. Movilizar al paciente para ponerle en la posición que le hayan dicho el personal sanitario especializado.
 2. Ayudar en la movilización del paciente durante las pruebas
 3. Mantener la intimidad del paciente.
 4. Trasladar al paciente o acompañarle a las distintas pruebas diagnósticas que le manden realizar.

5 Discusión-Conclusión

En los servicios de urgencias es necesaria e indispensable la función del celador para el correcto control y orden de las entradas y salidas de pacientes y acompañantes así como también los traslados de los pacientes a las distintas pruebas que los sanitarios consideren oportunas, movilizaciones que los enfermos necesiten, documentos del paciente que se tengan que trasladar a otro sitio, organización de sillas de ruedas y camillas necesarias, etc. Los celadores son un eslabón muy importante de un claro trabajo en equipo que es necesario en el servicio de urgencias para una mejor atención al paciente y sus cuidados.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.congresosicepa.com.

Capítulo 267

AGRESIONES DE LOS PACIENTES AL CELADOR

EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO

MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA SIERRA DE
LA FLOR

IVÁN ARAQUE CASTELLANOS

VANESA RUBIO AYALA

M.JOSE GARRIDO BARRERA

1 Introducción

Las agresiones a los profesionales, en este caso al celador es una conducta que no se puede permitir y pueden ser agresiones diversas, pueden ser de forma física o de forma verbal y suele producirse para conseguir un objetivo personal que no pueden obtener de manera formal y cumpliendo con las normas de cada centro. Este tipo de agresiones va en aumento y producen un malestar que afecta al trabajo diario. Los pacientes, o en muchos casos familiares o allegados exigen cada vez más atención, una atención que es necesaria siempre y cuando esté dentro de un marco de respeto y tolerancia que se debe respetar en todos los casos ya que, con la ausencia de éste no podrían producirse los entendimientos adecuados.

Algunos de los motivos por los que pueden producirse estas agresiones verbales y en ocasiones físicas es la impaciencia que siente el paciente o familiar que espera,

diagnostico no esperados, intento de conseguir algunos objetivos que no se les puede proporcionar pq no es posible o hasta incluso, en algunos casos, estar bajo los efectos del alcohol o de drogas al acudir al centro y debido a esto no tienen un comportamiento adecuado y crean tensión en el resto de pacientes o familiares.

2 Objetivos

Los objetivos que intentaremos conseguir son como evitar este tipo de situaciones o en el caso de no poderse evitar como actuar ante ello.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda en distintas paginas web y acceso a libros especializados de celador, seleccionando la información que mas nos pueda aportar sobre este tema, siempre seleccionando artículos científicos de fuentes académicas revisadas.

4 Resultados

Consideramos que una formación adecuada y especifica para saber reaccionar y saber cómo actuar, para poder manejar situaciones conflictivas y saber cómo podemos prevenirlas son requisitos muy importantes a tener en cuenta para tener una mayor seguridad de los celadores.

Así por ejemplo, creemos que sería una buena opción tener acceso a formación sobre cómo resolver conflictos, formación ante agresiones físicas o psíquicas, sobre distintas habilidades de comunicación, diálogo, etc...

De este modo se podría conseguir tratar situaciones que consideramos de riesgo e intentar manejar el estrés producido ante cualquier situación con efectividad.

Dado que estas agresiones se producen cada vez con más frecuencia intentaremos prevenirlas estableciendo protocolos y pautas de seguridad y cuando creamos que dicha agresión va a producirse podremos buscar ayuda a los cuerpos de seguridad del estado, departamento de seguridad del hospital o policías autonómicos.

Se procedería a poner en marcha los procedimientos mencionados anteriormente cuando:

- Se produzcan voces, signos de impaciencia, quejas fuera de tono que alteran a los demás pacientes.

- Se dirige al celador o demás personal de manera grosera, con insultos e irrespetuosa.
- Si se producen amenazas dirigidas al personal del centro
- Si creemos que pudiera estar bajo el efecto de algún tipo de droga o alcohol.

Algunas soluciones que podrían ser efectivas para evitar estas situaciones tan complicadas podrían ser:

- Carteles en las salas de espera que informen de las consecuencias de no cumplir las normas.
- No tener al alcance del paciente objetos que se utilizar para agredir al personal en este caso, el celador.

La actitud que debemos mostrar ante el agresor podrían ser varias, entre ellas intentar mantener la calma, que no nos vean nerviosos, no realizar movimientos bruscos, no actuar como ellos, nunca dar la espalda, mantener una distancia de seguridad, mantenernos siempre alerta, etc. En el caso de que se produzca la agresión deberemos dejar todo según está y esperar a que llegue seguridad, realizar el informe correspondiente y siempre denunciar la agresión aunque solo sea verbal.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos que poner medidas necesarias para poder evitar estas actitudes violentas por parte de algunos pacientes hacia el celador y demás personal sanitario ya que desafortunadamente cada vez son más frecuentes. Esto es una actitud intolerable, por ello debemos estar siempre alerta y ante cualquier evidencia llevar a cabo el procedimiento que corresponda, seguir las pautas que nos hayan indicado ante estos casos y no ponerse nunca a la misma altura del agresor. Intentar mantener la calma en todo momento y buscar las ayudas que corresponda, evitar quedarnos solos.

Muy importante que ante cualquier agresión, por pequeña que sea, ya sea verbal o física, debemos realizar el procedimiento que corresponda y denunciarlo al organismo que corresponda.

6 Bibliografía

1. www.consejogeneraldelefermeria.org.
2. Seguridad - laboral.
3. Protocolo de actuación ante agresiones”. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza.

Capítulo 268

CONOCIMIENTOS BÁSICOS ANTE SITUACIONES DE PRIMEROS AUXILIOS DEL CELADOR

EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO

VANESA RUBIO AYALA

M.JOSE GARRIDO BARRERA

MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA SIERRA DE
LA FLOR

IVÁN ARAQUE CASTELLANOS

1 Introducción

Las funciones del celador se detallan en el artículo 14, punto 2.

El celador se regirá en lo que se refiere a categoría y funciones en lo establecido en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden de 5 de julio de 1971, integrado en el grupo de personal subalterno en la escala general.

Tiene muchas funciones importantes en distintas instituciones sanitarias y entre ellas el traslado de pacientes, movilizaciones de los mismos, traslado de pruebas, documentos, almacenaje, vigilancia, etc.

Aunque es considerado personal no sanitario es necesario que el celador tenga unos conocimientos básicos de primeros auxilios y saber cómo actuar ante una

emergencia, es decir, conocer una serie de técnicas que sería necesario aplicar ante una persona accidentada para que no empeore hasta que pueda llegar el personal sanitario para atender al paciente.

Con una formación básica de primeros auxilios se salvan muchas vidas y mejora la situación sanitaria por lo que el personal celador deberá identificar y saber actuar ante estas situaciones.

Como primeros auxilios entendemos una atención inmediata, temporal y limitada que le daremos a una persona enferma, lesionada o accidentada en el lugar de los hechos.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro artículo es el de conocer cómo debe actuar el celador ante una situación de emergencia, como realizar en el paciente unos primeros auxilios básicos que pueden salvarlo la vida de forma eficaz y rápida.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos procedido a la búsqueda y análisis de información en diferentes fuentes como páginas webs, libros, etc.

Se ha realizado una revisión teórica sobre conocimientos básicos ante las principales situaciones de los primeros auxilios para el celador.

4 Resultados

Es muy importante que el celador tenga una formación sobre primeros auxilios, ya que el desarrollo de sus funciones está en un entorno en el que se puede precisar las aplicaciones de éstas técnicas de manera rápida con el fin de disminuir el riesgo en la salud Del enfermo mientras llega la ayuda sanitaria.

Estas son algunas cosas que el celador deberá conocer:

- Saber valorar diferentes tipos de quemaduras
- Diferenciar distintos tipos de heridas
- Identificar una hemorragia y saber cómo frenarla
- Saber tomar las constantes vitales
- Identificar algunos tipos de fracturas que pueda tener el enfermo.
- Saber actuar ante determinados traumatismos.
- Saber identificar una crisis epiléptica y como debe actuar.

- Reacciones adversas tóxicas, fármacos de uso frecuente y venenos.
- Reconocer alteraciones de la consciencia
- Conocer la técnica del boca a boca.
- Como posicionar al paciente ante determinados casos, por ejemplo con convulsiones y como evitar que se muerda la lengua
- Conocer la maniobra de Heimlich ya que es fundamental en los casos de atragantamientos.

En los casos que hay asfixia, deberá realizar la técnica de respiración artificial como es el boca a boca, aplicación de determinados productos como spray o pomadas en casos de contusiones, cubrir las zonas quemadas, lavar adecuadamente las heridas en el caso de que sean heridas abiertas, etc.

En los casos de hemorragias se deberá desinfectar las heridas y poner gasas limpias sobre la herida ejerciendo presión sobre ella. Si no cede la sangre se debe poner gasas encima de las ya puestas y nunca quitarlas para poner otras nuevas. En los casos en que haya sospecha de lesión de columna se deben evitar las movilizaciones.

Estas son algunas de las actuaciones consideradas de primeros auxilios que el celador debería conocer pues podría verse involucrado y debe saber actuar con rapidez y eficacia.

5 Discusión-Conclusión

En el artículo 15 de la Constitución Española se expresa que “ el derecho a la vida, la salud y la integridad física es un deber que todos tenemos obligación de proteger”. Por lo que, creemos que es algo esencial tener una preparación básica de primeros auxilios que deberían tener todas las personas independientemente de cuál sea su trabajo, ya que es una formación básica que podría salvar vidas.

En este caso, el celador debe conocer perfectamente estas técnicas y saber actuar ante diferentes situaciones de gravedad con el fin de disminuir la gravedad del paciente hasta que llegue el personal sanitario correspondiente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 269

EL PINCHE DE COCINA Y LA NUTRICIÓN GERIÁTRICA

MARTA GARRIDO HERRERA

VANESA GARRIDO HERRERA

MARÍA NIEVES VALLE

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

JORGE ROMERO MATEO

1 Introducción

La etapa de la ancianidad es una etapa del ciclo de la vida humana en la que debido al paso del tiempo, trabajo, patologías, etc. se sufre una serie de alteraciones fisiológicas e incluso psíquicas.

El primer objetivo y más fundamental del pinche de cocina es aportar el apoyo tanto al cocinero o jefe de cocina mediante la higiene y preparación de los menús de los pacientes denominados geriátricos. Se trata de una dieta equilibrada que asume las necesidades energéticas de los pacientes en senectud, ya no solo por los importantes cambios metabólicos, sino también, porque en gran mayoría se pierde el apetito, o se pierde masa muscular debido a una menor movilidad.

También, es muy común la pérdida de piezas dentales, que acarrea problemas masticatorios, deglutorios y de digestión. Es por esto, que siempre hemos escuchado, que la digestión comienza en la boca, gracias a los dientes y la saliva, que descomponen los hidratos de carbono como primera instancia. Ya mencionada la

saliva, en esta etapa, también, se producen sequedades bucales, por lo que es interesante agregar alimentos que hidraten las mucosas.

Mediante el dietista y los médicos a cargo (geriatría) se elaboran una serie de menús especiales para este colectivo. Pero, ¿y el pinche de cocina? El pinche de cocina, se encargará de todo lo relacionado con la preparación de las dietas y el apoyo al cocinero y cocinera.

2 Objetivos

Conocer la gran importancia del pinche de cocina ante la preparación de las dietas o menús para los pacientes geriátricos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y se han consultado artículos relacionados con el caso.

4 Resultados

En primer lugar, hablaremos de las necesidades energéticas que más se precisan: Dietas con un aporte calórico inferior a 1700 kcal para las mujeres y 2100 kcal para los hombres, serán probablemente inadecuadas en proteínas y micronutrientes, por lo que deben ser evitadas.

En segundo lugar, hablaremos de los macronutrientes:

- Proteínas: El 60% de proteínas de origen animal, a poder ser sin un exceso de grasa, tales como carnes magras, huevos, pescados que contengan omega-3, etc. El 40% restante, deberán ser de origen vegetal y los podemos encontrar en legumbres y verduras (lisina y metionina).
- La fibra dietética debe ser completada con un pequeño trozo de pan, por ejemplo. El resto lo completaremos con vegetales y fruta.
- Las vitaminas que más debemos incorporar son la vitamina B12 y la vitamina D, ya que es muy probable, que tengan poca exposición solar.
- Se deberá dar un aporte de calcio especial, mediante productos lácteos como yogures o leche.

- Muy recomendables los antioxidantes Selenio y la vitamina E.
- El Hierro (Fe) debe administrarse en dosis no muy altas, ya que un exceso, podría provocar al anciano / paciente, pérdidas a través del intestino.
- Muy aconsejable la hidratación del paciente, mediante zumos y gelatinas. Y el consumo de agua, se convierte en primordial, si no está contraindicado.

España, es uno de los países más longevos del mundo, y a partir de los 65 años, se observa una decadencia en múltiples de actividades diarias de una persona, es por eso, que el número de pacientes ingresados en un hospital es elevado. Por esto, el pinche de cocina debe tener muy en cuenta estas pautas dietéticas, así, se aseguraría un aporte de micro y macronutrientes apropiados para dicho colectivo.

5 Discusión-Conclusión

Los pinches de cocina tienen un papel muy importante ante la elaboración de las dietas para pacientes geriátricos.

Deben conocer los alimentos más afines con este colectivo, así como todas las texturas que deben ofrecerse.

Son los encargados de preparar múltiples de platos junto con el cocinero o jefe de cocina, y gracias a su preparación previa a la cocción, se logra mejorar el estado nutricional de los enfermos.

Como hemos comentado anteriormente, este tipo de pacientes, pierden el apetito o el interés por la comida, es por todo esto, que el pinche de cocina realiza una gran labor en cuanto a la presentación se refiere.

6 Bibliografía

<https://www.cuidum.com/blog/alimentacion-envejecimiento/>

https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/62_1/PDF/07_Nutricion.pdf

<https://atencionmayores.org/alimentacion-vejez-recomendaciones/>

Capítulo 270

EL CELADOR Y LA REALIZACIÓN DEL DECÚBITO PRONO

GELDA VILLAMOR AGUADO

GONZALO RUBIO ARAQUE

ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ

LAURA CASERO HERNÁNDEZ

JAIME ORTIZ MARTIN

1 Introducción

Antes de introducirnos, es muy importante que conozcamos la definición de decúbito prono (DP):

“El decúbito prono es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: Posición corporal tendido boca abajo y la cabeza de lado. Cuello en posición neutra. Miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia arriba”.

El decúbito prono, es un cambio postural, que debe ser ejecutado correctamente, es uno de los más delicados de realizar, debido a la situación basal del paciente. No es uno de los cambios posturales que más se realizan, ya que los más comunes son:

- Decúbito lateral (Derecho e izquierdo).
- Decúbito supino.

Este tipo de cambio postural suele realizarse en unidades especiales como Unidad de quemados, Unidad de Cuidados Intensivos, Quirófanos, etc.

Una de las situaciones clínica en las que más se suele utilizar el decúbito prono es el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Este síndrome, se caracteriza por una ausencia de oxígeno en los pulmones, o poca capacidad de "fuerza" que posee el paciente para obtener ese oxígeno.

Con el decúbito prono se mejora la capacidad pulmonar del enfermo, ya que gracias a esta postura corporal, los pulmones se ensanchan, y con esto, se consigue una mejor captación de oxígeno.

Es cierto, que al ser un cambio postural tan delicado, es necesario la participación de varios profesionales del ámbito hospitalario como médicos (intensivistas, anestesistas), enfermeros y enfermeras, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y por supuesto, celadores.

A continuación, hablaremos de la ejecución del decúbito prono.

2 Objetivos

Lograr la estabilización del paciente mediante el cambio postural decúbito prono.

Mejorar la situación clínica del paciente.

Lograr los objetivos sin producir lesiones o daños.

Conocer el protocolo de actuación de la realización del decúbito prono.

Identificar la importancia de la actuación del celador ante este cambio postural.

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 decúbito prono, o bien llamado, también, decúbito ventral, es una posición anatómica del cuerpo humano y se caracteriza por:

- Posición corporal: tendido boca abajo y la cabeza de lado (es la posición ideal de un paciente).

- Cuello en posición relajada.
 - Miembros superiores: uno extendido junto al cuerpo, pegado al tronco y con la palma de las manos hacia arriba y el otro flexionado por el codo al lado de la cabeza.
 - Extremidades inferiores deben encontrarse estiradas completamente y las puntas de los dedos deben estar en contacto perpendicular con la cama.
- A continuación, reflejaremos el protocolo de actuación en el giro del paciente, o lo que es lo mismo, la realización del decúbito prono:
- La técnica se lleva a cabo, de la siguiente manera:
- El médico situado a la cabeza, y encargado de sujetar con una de sus manos la zona de cabeza y cuello del paciente y con la otra mano, debe sujetar el tubo endotraqueal, o traquetomía, que pueden salir de su ubicación durante el proceso (que es a lo que suelen estar sujetos este tipo de pacientes).
 - El celador, junto con un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, situados a los lados de la cama, desplazan el paciente hacia el lado derecho.
 - El brazo izquierdo del paciente, se colocará de tal forma que quede algo alejado del cuerpo de este, mientras que el brazo derecho debe colocarse bajo los glúteos, así nos aseguraremos, que después quedará bien colocado.
 - También, la sonda vesical, que siempre este tipo de pacientes se encuentran controlados mediante estos artilugios (urímetro), se quedará entre medias de ambas piernas, siempre con cuidado de la sonda, que no quede enredada entre estas.
 - Colocaremos una sábana que recubra por completo al paciente.
 - Giraremos al paciente hasta dejarlo en decúbito lateral izquierdo, sobre el lado derecho de la cama. Es conveniente que se quede lo más al borde posible, pero evitando que el paciente pueda caer.
 - Una vez esté todo listo y el paciente preparado, se procederá a dejar al paciente en decúbito prono (boca abajo).
 - Antes de realizar los dos últimos procedimientos, es aconsejable dejar las zonas que más sufran a la hora de la aparición de úlceras por presión, con ayudas como almohadas y/o cojines. así, dejaremos preparado este punto y nos será más sencillo prepararlo con anterioridad que posteriormente.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador, en la realización del decúbito prono, es de vital importancia, así como, la existencia de un personal completamente cualificado y con rapidez y eficacia en esta función.

Podrían recalcarse varios puntos importantes que indican la indiscutible existencia de personal que mencionamos:

Apoyo absoluto al resto del equipo, eficacia a la hora de la efectuación de la técnica y certeza de que la movilización del decúbito prono y anteriores son inofensivas para el paciente.

Si el celador, y sus técnicas no se encontraran presentes, las consecuencias podrían ser fatales, siendo completamente al revés de las mencionadas anteriormente.

Es por todo esto, que el celador, debe estar presente y ejercer de sus habilidades, ya que así, se asegura la mejoría y la estabilización del paciente.

6 Bibliografía

1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.

3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 271

EL CELADOR Y LA MOVILIZACION DE PACIENTES

MARTA TEJEDA CHUMILLAS

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ

MANUEL GARCIA FERNANDEZ

ALFONSO GARCIA MARINA

1 Introducción

La movilización del paciente es una de las funciones más importantes del celador en su día a día dentro del hospital, por ello debe conocer al detalle todos y cada uno de los movimientos necesarios que cada paciente requiere en un momento determinado.

A diario, en centros hospitalarios, se realizan movilizaciones de pacientes encamados con baja o nula movilidad, en el aseo, con los cambios posturales y al llevarlos a hacer algunas pruebas diagnósticas. Éstas, si precisan el traslado del paciente, se realizará en sillas de ruedas, camillas o la propia cama del enfermo, valorando el medio respecto a la movilidad de dicho paciente. Por ello, es importante tener conocimientos básicos en movilizaciones evitando lesiones al paciente y al personal que le asiste, utilizando técnicas y material apropiado.

La movilización consiste en la correcta colocación y manipulación de los pacientes para moverlos en la cama, camilla o silla de ruedas. Las técnicas de mov-

ilización se emplean tanto en la propia habitación como en el traslado a otras dependencias del centro sanitario.

El celador debe tener presente, no solo el bienestar del paciente, sino también su propia integridad física, la mala realización de alguna de las técnicas en la movilización, puede ocasionar también lesiones en el propio celador.

2 Objetivos

Conocer el papel del celador en las movilizaciones del paciente, así como conocer las distintas posiciones y movimientos según las necesidades del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado 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 “movilización del paciente, funciones del celador”.

4 Resultados

La movilización consiste en aplicar un programa de ejercicios para restablecer las funciones disminuidas por la enfermedad y mantener la alineación corporal, la fuerza y tono muscular, hace también referencia a los desplazamientos y movilizaciones posturales del paciente encamado.

Algo que todo celador debería saber son las posiciones anatómicas básicas (para el paciente encamado, son aquellas posturas o posiciones que el paciente puede adoptar en la cama, camilla, mesa de exploraciones, etc...).

Los principales tipos de posiciones anatómicas son:

- Posiciones de decúbito (Decúbito supino o dorsal o posición anatómica; Decúbito lateral izquierdo o derecho; Decúbito prono.)
- Posición de Fowler
- Posición de Sims o semiprono
- Posición ginecológica o litotomía
- Posición mahometana o genupectoral

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.

Existen varias razones por las que resulta necesario movilizar al paciente, las cuales describimos a continuación:

- Traslado desde la cama a una silla de ruedas o viceversa.
- Traslado del paciente desde su cama a un ambulancia.
- Un cambio posicional en la misma cama del paciente para la realización del aseo, aplicación de un tratamiento o simplemente por la comodidad del mismo.
- Durante una intervención quirúrgica en la propia mesa de quirófano para facilitar la labor del personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La movilización de los enfermos comprende técnicas para colocarles y moverles correctamente en la cama, así como el movimiento que deben realizar en la habitación o el transporte a otros lugares del hospital o la residencia a través de sillas de ruedas, camillas o en la propia cama.

Es recomendable realizar un cambio postural al paciente pasadas unas 3 horas desde la última vez, ya que de lo contrario se corre el riesgo de la aparición de úlceras por presión o llagas en la piel de los pacientes, dando lugar a múltiples infecciones y complicaciones.

Con una buena técnica por parte del personal y el material apropiado, se asegura movilizar al paciente sin causarle malestar y sufrimiento, ni daño al personal que lo asiste, procurando un ambiente confortable y una mayor comodidad en la medida de lo posible dada su situación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 272

EL CELADOR DE PUERTA, FUNCIONES

MARTA TEJEDA CHUMILLAS

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ

MANUEL GARCIA FERNANDEZ

ALFONSO GARCIA MARINA

1 Introducción

Los celadores constituyen el personal no sanitario que trabaja al servicio de las Instituciones sanitarias. Su labor es fundamental para lograr el correcto funcionamiento de los centros hospitalarios, encargándose principalmente de vigilar el mantenimiento del orden de los mismos, apoyando y organizando el cumplimiento de las normas. Por lo tanto, este personal es uno de los grupos que se integran en el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Un celador debe cumplir una determinada función según se establezca en cada centro sanitario, también debe estar preparado para asumir las funciones de otros puestos distintos de los habituales si le son encomendadas por sus superiores.

Los celadores de puerta son los que tienen el primer contacto con los pacientes o familiares que van a acudir a la institución sanitaria, por lo que es un puesto de trabajo bastante complejo en el que el celador debe tener facilidad de palabra, así

como ser lo suficientemente amable con la gente. Debe mantenerse extrovertido, con paciencia y comprensión.

Es la primera toma de contacto que van a tener los pacientes o acompañantes que acudan al centro sanitario o a urgencias y por lo tanto debe estar preparado para solucionar sus dudas y contestar a las preguntas que le realicen.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en las puertas de centros médicos u hospitalarios y también resaltar su importante papel en el primer contacto con el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado 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 de puerta”.

4 Resultados

Las funciones principales del celador de puerta serán las siguientes:

- Informar de las consultas externas. Serán conocedores del lugar, día y hora de las mismas, para así satisfacer las dudas de los usuarios o pacientes que se lo requieran.
- Hacer los servicios de guardia que correspondan, dentro de los turnos que se establezcan.
- Vigilar las entradas al centro, controlando la entrada de toda persona ajena, solo permitiendo el acceso a sus dependencias a las personas autorizadas para ello.
- Prohibir el paso a toda persona que presente muestras de suciedad o muestre signos de embriaguez, así como a toda persona que promueva alboroto.
- Son los encargados de que se mantenga el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de los centros.
- Se vigilará el acceso a los visitantes y familiares de los enfermos, según las normas del centro, para que no se introduzcan en el hospital paquetes u objetos que no estén autorizados.
- Asimismo, se vigilará la entrada de bebida y comida y se le podrá obligar a dejar esta en la portería para su posterior recogida a la salida.

- Cuando se produzca algún conflicto entre visitantes o intrusos, se requerirá la presencia del personal de seguridad.
 - Vigilar la salida de los enfermos, los cuales deberán de acreditar su autorización para abandonar el centro.
 - Son los encargados de la vigilancia nocturna, tanto del interior como del exterior del edificio. Cuidarán que todas las puertas de los servicios complementarios se encuentren cerradas.
 - Velar por el material que se encuentra dentro de las consultas y si hubiese alguna deficiencia deberá notificarlo inmediatamente a su superior.
 - Cuando se produzca cualquier desperfecto en las instalaciones y en su mobiliario, o cuando exista alguna anomalía en la limpieza de las mismas, serán los responsables de avisar a los superiores para que se tenga constancia de los mismos.
 - Deberán revisar el buen funcionamiento del teléfono, el aire acondicionado o la calefacción, las luces...
 - No deberán de abandonar su puesto de trabajo en la vigilancia de la puerta.
 - Solo en casos excepcionales podrán ser requeridos para realizar alguna otra función de las que se encuentran en su estatuto del personal no sanitario.
 - Solo solucionarán las dudas de pacientes y familiares que se encuentren dentro de sus competencias. Por lo tanto, no deberán realizar ningún comentario acerca de los diagnósticos, pronósticos, exploraciones o tratamientos que se estén realizando a un paciente, debiendo remitirlos al médico encargado de la asistencia de ese enfermo, para que sea este el que solucione sus dudas.
- Podemos decir que es la primera persona con la que se tiene contacto, tanto como pacientes como usuarios o acompañantes a la hora de acceder al recinto hospitalario y, de ahí la importancia de mantener un comportamiento correcto con los mismos intentando dar una información correcta y generar en el paciente y en los familiares una sensación de tranquilidad. Y, de cara a poder cumplir esta finalidad, debemos conocer en todo momento los métodos de transmisión de información correctos para dar un trato correcto y adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son uno de los pilares fundamentales para el correcto funcionamiento de las instalaciones hospitalarias, por ello saber las funciones que tienen que desempeñar es de vital importancia para el mantenimiento del orden en las mismas.

Es importante la función del celador en la puerta del centro médico u hospitalario ya que es el primer eslabón con pacientes y usuarios. Los usuarios que llegan al servicio buscan el acogimiento del personal del hospital y, por este motivo, esta figura que es la primera persona que los recibe debe poner especial hincapié en mejorar y cuidar sus técnicas de comunicación y su capacidad de asertividad, escucha y comprensión además de empatía con la persona que tiene delante para poder captar sus necesidades y poder satisfacer las expectativas que tiene del servicio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 273

EL CELADOR Y LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN

MARTA TEJEDA CHUMILLAS

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ

MANUEL GARCIA FERNANDEZ

ALFONSO GARCIA MARINA

1 Introducción

En los hospitales existe una contaminación continua y sistemática que se produce por microorganismos patógenos de diversa procedencia y que dan lugar a infecciones propias del mismo hospital o centro sanitario. Son las llamadas infecciones nosocomiales.

Es muy importante tratar de eliminar o minimizar lo máximo posible este tipo de infecciones utilizando las medidas de esterilización y de desinfección.

La acción preventiva de la higiene del hospital tiene lugar tanto en el entorno quirúrgico, como en el paciente y las técnicas quirúrgicas y terapéuticas utilizadas. El área donde deben extremarse mucho más las precauciones es el área quirúrgica.

Todas las medidas están dirigidas a establecer normas sanitarias para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades intrahospitalarias se denomina higiene hospitalaria.

El celador no está adscrito directamente en el área de esterilización pero si se le llama a modo de auxilio y ayuda. En ningún caso el celador ejercerá funciones sanitarias ni informará sobre los diagnósticos, los pronósticos y los tratamientos de los pacientes, aunque tenga conocimientos de ellos.

Es de vital importancia orientar e informar sobre cuestiones generales a los pacientes y usuarios en las funciones de los servicios centrales donde los profesionales celadores puedan maximizar su colaboración y coordinación con el resto del equipo.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer la unidad de esterilización y las funciones del celador en la unidad de esterilización.

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

Las principales funciones del celador vienen recogidas en la Orden de 5 de julio de 1971 conforme al Estatuto del Personal no sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y que no han sido derogadas por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Algunas de las funciones realizadas por el celador en la unidad de esterilización son:

- Recoger el material procedente de los distintos servicios (ventanilla, plantas y consultas).
- Descargar las autoclaves cuando terminen los ciclos.
- Colocar en los contenedores de instrumental, las etiquetas con la fecha de esterilización y el número de autoclave donde han sido esterilizados.
- Llamar a los quirófanos para que retiren el material de los elevadores.
- Mantener la limpieza y orden en el lugar de trabajo.

- No entregar absolutamente nada sin vale o autorización de la supervisora.
- Revisar los elevadores de la zona de “sucio” de acuerdo con el horario establecido.
- Descargar los carros procedentes de lencería.
- Colocación del material fungible procedente de los almacenes.
- Descargar los elevadores de “sucio” para esterilizar.
- Transportar el material esterilizado de los diferentes pabellones a la central y viceversa.
- Llevar los pedidos de ropa y los rollos de cinta de precintar que soliciten los quirófanos.
- Reponer los sobres que falten en las estanterías.

El celador debe de estar atento a las demandas de los pacientes, atenderlos y oír sus peticiones y demandas, bien remitiéndolos a los profesionales sanitarios.

La labor de ayuda del celador con respecto al personal sanitario en las áreas de esterilización hospitalarias, es de vital importancia para que las labores se lleven a cabo con la máxima seguridad en cuanto a la higiene.

5 Discusión-Conclusión

El celador de los centros sanitarios deberá colaborar en todas las funciones que se les atribuyan. Estas intervenciones del celador, son de vital importancia para el buen funcionamiento de los equipos e indispensables para el buen funcionamiento en las unidades hospitalarias y centros sanitarios en relación con los profesionales sanitarios en el área de esterilización.

Por tanto, el celador deberá ser correcto y respetuoso con los usuarios, pacientes y familiares, así como colaborador con los profesionales sanitarios de estos servicios sanitarios. La labor de ayuda del celador con respecto al personal sanitario en las áreas de esterilización hospitalarias, es de vital importancia para conseguir la máxima higiene.

6 Bibliografía

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

Capítulo 274

ÁREA DE PSIQUIATRIA HOSPITALARIA Y FUNCIONES DEL CELADOR EN ESTA

FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS

PEDRO GABALDÓN SANCHEZ

CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA

MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO

BEATRIZ PATON ARMERO

1 Introducción

La ley 1986 del 25 de abril general de sanidad conjeturó la constatación del enfermo mental como un paciente que gozaba de los idénticos derechos a la atención sanitaria que cualquier otro paciente. A partir de este periodo, las administraciones sanitarias acomodaron su actuación para conseguir una serie de objetivos desde la atención primaria y la atención especializada.

Las funciones que en los antiguos manicomios realizaban los denominados por entonces los «mozos» serán las que ahora apliquen los celadores, que como repararemos, seguirán siendo un vestigio primordial para el buen funcionamiento de la unidad de salud mental. Las funciones de los celadores son muy mudadas y una gran parte de ellas suponen el trato inmediato con el en-

fermo. Por ello, y tratándose de pacientes con características conductuales especiales, la estampa de este celador cobra una importancia capital y para nada exenta de un gran compromiso.

Dentro de estas funciones localizaríamos las que son 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 (ambulancia) etc. Sin embargo, este celador formalizará una serie, de funciones que le son propias y diferenciadoras de otro celador consignado en otra unidad.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), en 1948, puntualiza salud como un estado de consumado bienestar físico, mental y social, y no solamente la desaparición de afecciones o enfermedades. Englobando en este concepto a la salud mental. La psiquiatría trata ciertas crisis de la personalidad y la conducta y también trata de evitar y poner enmienda a ciertas variantes psíquicas inauditas como la Psicosis y la Neurosis.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es sensato de sus buenas capacidades, puede confrontar las tensiones normales de la existencia, puede trabajar de forma provechosa y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su sociedad.

La vigilancia a los problemas de salud mental de la población se consumará potenciando, los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los medios de hospitalización, 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 co-bijar, la prevención primaria y atender los problemas psicosociales que soportan la pérdida de la salud.

2 Objetivos

- Describir la importancia que posee el celador en esta área y explicar de manera detallada, cuales, son sus funciones en esta.
- Conocer las funciones del personal no sanitario en la figura del celador para llevar a cabo una buena actuación de cara al paciente.

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

Funciones del celador en psiquiatría:

- El celador vigila la puerta de paso a la unidad examinando las entradas y salidas, no permitiendo el acceso más que a personas autorizadas y cuidando no introduzcan comidas, bebidas u objetos que pudieran resultar peligrosos o no autorizados. Asiste con el resto del personal de que los enfermos no hagan un uso indebido de los utensilios, de la ropa, evitando su desperfecto. Gestionará y trasladará sin dilación las comunicaciones verbales, documentos y objetos que les sean dados por sus superiores.
- Transbordarán de unos servicios a otros los aparatos o útiles que se le diga. 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. Celará continuamente por conseguir el mayor silencio posible en todos los departamentos de 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. Asiste al aseo de los pacientes que no puedan hacerlo solos. Vigila que todos los pacientes consumen el aseo personal fomentando una correcta adecuación en el vestido y maquillaje.
- 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. Controla el suministro y consumo de tabaco. (Es lícito fumar en la Sala de Fumadores y en las franjas ajardinadas exteriores).

-Se inhibirá de hacer reflexiones con los familiares y visitas de los pacientes sobre 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. Colaborará con el personal sanitario a la contención mecánica de pacientes agitados. Traslada pacientes a las unidades y consultas del centro como a otras instituciones que sea preciso.

El hábitat ambiental es una variable muy importante para cualquier paciente, (para cualquier persona, en realidad) sin embargo, para expresos pacientes psiquiátricos pueden suponer la activación o empeoramiento de sus indicios patológicos. Por tanto, queda claro aquí la importancia del celador en la tarea de conseguir un ambiente oportuno durante el día y sobre todo durante la noche, con el objetivo de asegurar el necesario descanso. Es habitual encontrar en una unidad psiquiátrica a pacientes con patologías que cursen con autolesiones o incluso conatos de suicidio. El celador psiquiátrico, por su proximidad casi continua con estos pacientes 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. Por ejemplo, ayudando a impedir a los pacientes alterados a los que hay que emplear sujeción mecánica. Son bien conocidos los efectos productivos que tiene la estancia al aire libre, los paseos y el ejercicio moderado en una persona, más si cabe en un paciente que pasa gran parte del tiempo en internación hospitalaria.

El celador se convierte además en una figura confidencial y de seguridad que anime y escolte al paciente al exterior. Huelga decir que el celador se encarga de la guardia de los pacientes en estas salidas al exterior. No es baladí esta ocupación, pues para algunos pacientes adeptos a la nicotina, el momento en el que el celador abastece el tabaco supone una situación muy placentera y relajante que puede ser utilizada en su beneficio. Concernirá al equipo médico como manejar este «premio» con motivos terapéuticos, pero es evidente que el celador puede cobrar aquí un valor especial como conexión que sin duda es entre paciente y facultativo.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto anteriormente en este capítulo cómo la figura del celador psiquiátrico se dibuja como un experto que comparte las funciones generales de cualquier otro celador, pero que además se encomienda de otras específicas de un valor fundamental. El paciente psiquiátrico es a menudo una persona que requiere más aguante y agudeza que el usuario “común” de una institución sanitaria, por lo que el celador que esté en contacto casi continuo con él ha de ser una persona que entienda las peculiaridades de este tipo de paciente.

El ambiente es una variable esencialísima en el buen curso de toda dolencia mental, y dado que el celador psiquiátrico no deja de ser parte trascendental de ese ambiente, es crucial que sepa obrar 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.
4. González Jiménez, F. (2020). Evaluación de riesgos psicosociales en una Unidad de Psiquiatría de un hospital público de la Región de Murcia.
5. de Estarrona, A. G. M., del Carmen, M., García, H., Martínez, A. M. M., Galerón, S. D., & Ruiz, M. J. S. "Confort Room" Proyecto de creación de un espacio para reducir el estrés, el control de comportamientos agresivos y/o cuadros de agitación en la Unidad de Psiquiatría de Agudos del Hospital de Santa Lucía (Cartagena). *LAS ENFERMERAS DE SALUD MENTAL Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL: HABLANDO CLARO*, 680.
6. Peregrín, F. M. M., Lozano, A., & Durán, M. A. D. (2002). Estrés general y salud mental ocupacional: diferencias entre Urgencias y Gestoría de Usuarios en un hospital público. *Capital humano: revista para la integración y desarrollo de los recursos humanos*, 15(151), 58-69.

Capítulo 275

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE AUTOPSIAS HOSPITALARIA

FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS

BEATRIZ PATON ARMERO

PEDRO GABALDÓN SANCHEZ

CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA

MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO

1 Introducción

Después del exitus del paciente el celador es el encargado de trasladar al fallecido hacia el mortuario de la forma más discreta posible. Una vez llegue, consignará los datos del fallecido en el Libro de Registro de Movimientos en Mortuario (con letra mayúscula y legible).

Autopsias.

Si hubiera de realizarse una autopsia, el cadáver será conducido por el Celador hasta la Sala de Autopsias, ayudando al Celador de Anatomía Patológica a colocarlo en la mesa y colaborar en todo lo que su compañero de anatomía patológica le pida.

El celador que se encuentra en la sala de autopsias tendrá diversas funciones, todas ellas dependerán de las necesidades de la misma. El forense encargado de ella será el que vaya marcando las pautas, movimientos e indicaciones que deberá seguir el celador.

La autopsia es un procedimiento médico que se emplea para conocer el diagnóstico de la muerte de una persona y se realiza de forma habitual en los hospitales.

La autopsia clínica (también llamada examen post mortem) se lleva a cabo en la morgue del centro hospitalario donde tuvo lugar dicho fallecimiento. Para los efectos de este Reglamento entendemos por autopsia al examen anatómico de personas a quienes el ministerio público o la autoridad judicial haya ordenado la práctica de la misma.

2 Objetivos

Conocer las actividades que el personal celador ejerce en esta área donde se trabaja con personas fallecidas hace poco tiempo y las funciones del celador en dicha área.

Indicar las peculiaridades de esta zona, su composición, su distribución y material utilizado.

3 Metodología

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

4 Resultados

La variedad de situaciones con respecto a los fallecimientos y también en autopsias clínicas, hace que el celador sea la persona más cercana en contacto con los familiares del fallecido, además de encargarse del orden y buen funcionamiento de esta zona del hospital.

El celador es el encargado acompañado de otro celador, en concreto del celador del servicio donde se ha producido la defunción. El traslado del cadáver se hará en camilla cubierta o la camilla debe protegerse con una sábana y el cuerpo debe cubrirse con otra, que lo cubrirá por completo desde el servicio en el que se produjo el “exitus” hasta el depósito. De ningún modo irán acompañados de los familiares del difunto.

Siempre los celadores deberemos de procurar que cuando se saque al fallecido que el pasillo se encuentre despejado de enfermos y visitantes. En caso contrario les instigaremos a entrar en sus habitaciones y luego saldremos con la camilla. El traslado al mortuario deberá realizarse, una vez recibido el parte de traslado correspondiente por sitios que no sean de concurrencia normal y deberemos guardar discreción para no exponer a los visitantes ni enfermos. Lo bajaremos con discreción al mortuario depositándolo en la cámara frigorífica, (de manera que la cabeza del enfermo quede a la puerta de la cámara, por si hubiese que reconocer el cadáver) dejando en la puerta una etiqueta con los datos del cadáver para su posterior.

El celador en esta área no deberá tocar instrumental, ni órganos, ni manipular el cuerpo fallecido.

Existen pocos estudios que hablen de los celadores en relación con el área de mortuario, y, sin embargo, es un profesional clave para el desempeño de funciones imprescindible en la gestión de esta situación y que no se le da la importancia que este merece ni se le es reconocida su labor.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada la exposición de las funciones más relevantes a realizar por el celador de anatomía patológica además de haber profundizado un poco más en el papel de este celador en las autopsias y mortuorios, se debe tener en cuenta y poner en énfasis que la función de este celador es básicamente auxiliar, por ello tiene que cumplir en todo momento las instrucciones y órdenes dadas por el personal médico, siempre cumpliendo la premisa de no usar utensilios quirúrgicos sobre el fallecido y, por último, debiendo tratar en todo momento el cadáver con respeto, consideración y seriedad. Una formación en este tema es fundamental para unos adecuados cuidados de los cadáveres.

6 Bibliografía

1. Patitó, J. (2003). Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial Quorum.
2. Presidencia de la República y el Ministerio de Salud. (12 de marzo de 1987). Ley 17461-S, Reglamento de Autopsias Hospitalarias y Médico Legales. La Gaceta. San José.
3. Roldán, J., & Solano, L. (2001). Departamento de Medicina Legal. Organismo de Investigación Judicial. Poder Judicial. Medicina Legal de Costa Rica, 18 (1).

4. Siegel, J., Saukko, P., & Knupper, G. (Edits.). (2000). Encyclopedia of Forensic Sciences.

Capítulo 276

IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIA

FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS

PEDRO GABALDÓN SANCHEZ

CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA

MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO

BEATRIZ PATON ARMERO

1 Introducción

En este capítulo vamos a adentrarnos en el papel que establece una adecuada comunicación entre los celadores y los pacientes en el servicio de urgencias de los hospitales. Una comunicación adecuada de celador-paciente de urgencias es muy importante para la optimización y buen funcionamiento del servicio de urgencias.

El establecer una óptima comunicación entre pacientes y celadores va a aportar a urgencias un servicio de calidad y una credibilidad de este personal de una manera sustancial.

Aunque a veces nuestra relación de ayuda sea limitada, siempre se puede intentar favorecer dicha relación teniendo en cuenta los beneficios para el paciente. Las habilidades comunicativas y la educación emocional son importantes tanto para el personal celador como para los pacientes de urgencias. Los usuarios con habilidades comunicativas tendrán más facilidad para expresar sus necesidades, sus temores y sus dudas a los profesionales, lo que aumentará su independencia y autoestima.

La extrema variabilidad de situaciones en que se va a encontrar profesionalmente el celador, exige que, para atenderlas adecuadamente, cuente con una formación adecuada e importante en los diferentes aspectos que puedan afectar la relación de ayuda. En este tipo de relación es imprescindible tener habilidad para escuchar, realizaremos, una escucha activa que nos permita, por una parte, atender las necesidades básicas de todo ser humano y, por otra parte, de captar los problemas para realizar un plan de ayuda.

2 Objetivos

Describir la importancia que posee la comunicación entre los celadores y los pacientes del servicio de urgencias, de que, manera se establece, quienes intervienen en ella y técnicas y habilidades de comunicación del celador/es.

Poner de manifiesto el papel fundamental que la comunicación tiene en urgencias.

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

1. Se establecen tres niveles en el proceso comunicativo, intrapersonal, interpersonal y público:

-En el nivel intrapersonal, el profesional elabora sus propios pensamientos e ideas de forma interna. (Por ejemplo, un celador entra en la habitación donde está

el paciente y piensa para sí mismo: “Parece que el paciente se encuentra mal, debería prestarle mi apoyo”).

- La comunicación interpersonal establece una interacción entre dos personas o un grupo reducido. Permite al profesional ponerse en contacto directo con el paciente, familia del mismo y el resto del equipo de salud con la finalidad de contribuir al bienestar del paciente.

- La comunicación pública se produce entre un grupo numeroso de personas. Es frecuente en circunstancias especiales para transmitir determinados mensajes de una manera eficaz.

2. Para que pueda producirse un intercambio de información deben existir varios elementos entre los que cabe destacar:

- El referente: es la causa o motivo que lleva a una persona a iniciar una comunicación.

- Emisor: es quien inicia el proceso comunicativo con otra persona.

- Receptor: es a quien va dirigido el mensaje. Debe comprender dicho mensaje para que la comunicación sea óptima.

- El mensaje: es la información que emite el emisor y puede ser verbal o no verbal.

- Canal: es el medio por el cual se transmite el mensaje. Existen distintos tipos de canales de comunicación.

- El entorno: es el ambiente físico y emocional en el que se desarrolla la comunicación.

- La retroalimentación: se emplea para saber si el mensaje ha sido captado y comprendido por el receptor.

3. En la comunicación influyen varios factores.

Desarrollando una escucha activa, y teniendo en cuenta estos factores, el celador deberá adaptar el mensaje para asegurarse de que el paciente recibe toda la información en función de sus necesidades. Algunos de los principales factores son:

- Percepciones o puntos de vista de cada individuo.

- Escala de valores, la cual afecta a como una persona expresa sus ideas y como pueden ser interpretadas.

- Espacio y territorialidad (el profesional debe mantener una distancia adecuada cuando interacciona con el paciente).

- Las emociones o sentimientos subjetivos que tiene cada paciente.

- El trasfondo sociocultural, el cual debe ser respetado sin intentar modificar su marco de referencia.

- Conocimientos, no todas las personas tienen el mismo nivel de conocimientos. Lo ideal es que el celador se adapte lo mejor posible al nivel cultural de cada paciente para que la relación terapéutica sea óptima.

- El entorno, un entorno cómodo y agradable facilita siempre la comunicación.
- Paralenguaje, se trata de variaciones no lingüísticas como el tono de voz, ritmo y velocidad del habla que influyen en la comprensión.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación celador-paciente es muy importante por muchas razones. La comunicación reúne otra serie de características específicas como la capacidad de ser terapéutica. Mediante la comunicación, el profesional y el paciente interactúan, se relacionan, intercambian ideas y opiniones y establecen acuerdos. Gracias a este intercambio de ideas el paciente tiene menores niveles de estrés y ansiedad ante la enfermedad, procedimientos invasivos, etc.

La habilidad para escuchar y para conformar una buena comunicación influye directamente en el bienestar de este. El paciente necesita ser escuchado, por lo que, no solo busca en el profesional una asistencia terapéutica, también cercanía, empatía, implicación, etc. El celador debe mostrar siempre respeto utilizando un lenguaje claro y un tono agradable, para obtener la confianza del paciente, mostrar empatía, ser sincero de una manera asertiva, adaptar el mensaje y tener en cuenta las necesidades del paciente.

6 Bibliografía

1. Temario Celadores Insalud. Centro de estudios Adams.
2. El celador en Urgencias y emergencias. Formación continuada Logos.
3. Franco G.E. La comunicación en la familia. Serie E: Medios Educativos. Ediciones Palabra.

Capítulo 277

EL TRABAJO QUE REALIZA EL CELADOR EN EL SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS

EVA MENCÍA MORENO

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

CRISTINA FLORINA GRAMA

1 Introducción

De forma resumida, podemos decir que el trabajo que desempeña el celador en el servicio especial de urgencias consiste en recibir al enfermo desde que entra por la puerta de urgencias, porque precisa de una atención médica de manera urgente. Por lo tanto, el primer profesional que tiene contacto con el enfermo es el celador, ya que este entre otras cosas será el encargado de trasladarlo al box que se le haya indicado con anterioridad.

Por este motivo, es importante que los celadores tengan una buena formación respecto a las funciones que desempeñan en el servicio especial de urgencias, ya que la labor que estos desempeñan es muy importante.

El trabajo que se realiza en urgencias, es un trabajo en equipo, formado por un equipo multidisciplinar de profesionales integrado por celadores, TCAE, enfermeros, médicos, TER...

Debemos de ayudar a estos a facilitarles el trabajo, y a que sea mucho más dinámico.

En el servicio de urgencias pueden venir personas donde su vida este comprometida, y precisen pasar a la REA, este área es la unidad de reanimación y cuidados críticos, en ella se dispone de mucho aparataje que es específico para poder estabilizar a la persona en caso de haber una emergencia médica. Por ello debemos tener ciertos conocimientos y estar familiarizados con ellos.

2 Objetivos

Dar a conocer cuáles son las funciones que desempeña el celador en el servicio especial de urgencias

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con la temática de estudio, consultando las bases de datos más importantes: Medline, Pubmed, Scielo, Google Scholar.

También se han consultado libros científico-sanitarios para buscar información respecto a las funciones del celador en el servicio especial de urgencias.

4 Resultados

A continuación vamos a identificar algunas de las funciones que debe de realizar el celador dentro del centro hospitalario, estas vienen recogidas y especificadas en el Estatuto de personal No sanitario, al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, con fecha del 5 de julio de 1971 e integrado en el grupo de personal subalterno en la escala general.

- El celador se encargará de recibir en la entrada al paciente y se le guiará hasta el servicio de admisión donde se encargarán de recoger los datos e introducirlos en el sistema informático, después pasará al servicio de triaje.
- Acompañar y transportar a los pacientes, ya sea a pie o en silla de ruedas si este lo precisa.
- Alertar a los sanitarios en el caso de que sea urgente la asistencia que debe de recibir el paciente.
- Se deben de tener sillas y camillas localizadas en el caso de que las necesitemos, y colocadas de manera que no interrumpan el transito de los pasillos de urgencias

- Solo se permitirá el paso en la urgencia a aquellas personas que estén autorizadas, o requieran de asistencia.
- Apoyar al personal sanitario, desempeñando las labores que nos competen.
- Trasladar los informes, documentos y enseres personales del paciente.
- Trasladar al paciente a realizarse las pruebas diagnósticas que se le han solicitado.
- Tener especial atención en que los familiares de los pacientes permanezcan en la sala de espera sin entorpecer los pasillos de la urgencia ni a los profesionales que la componen.
- El celador no tiene permitido revelar al paciente cualquier diagnóstico, prueba o información, ya que el médico especialista será el encargado de hacerlo, tanto con el propio paciente como con los familiares de este.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar el papel del celador es muy importante en el servicio especial de urgencias. Estos son los primeros que tienen contacto con el paciente, y lo trasladarán a la sala que le corresponda.

En el servicio de urgencias se trabaja en equipo, y el celador tiene unas funciones muy específicas e imprescindibles. Debe de prestarle una atención individualizada, y garantizando una plena discreción.

El celador debe de conocer la ley de protección de datos, esto es muy importante a la hora de trabajar con información confidencial de las personas, y tiene que saber que no se pueden revelar, ya que existe el secreto profesional, el encargado de proporcionar dicha información tanto a enfermo como a familiares será el médico.

6 Bibliografía

<http://www.Funciones del celador en las distintas áreas o servicios, Urgencias>

Fuente: BOE <http://www.boe.es/>

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud www.celadorenurgencias/medline/.com

Capítulo 278

LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE TERMINAL Y CUIDADOS PALIATIVOS

EVA MENCÍA MORENO

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

CRISTINA FLORINA GRAMA

1 Introducción

Según la definición que proporciona la OMS, y la sociedad española de cuidados paliativos, la enfermedad que se encuentra en fase terminal es aquella a la que no se le puede administrar un tratamiento específico curativo, que tenga la capacidad de ralentizar o retrasar la evolución, y las consecuencias de ello es que el paciente sufrirá la muerte en un tiempo variable e indeterminado, ya que esto no es posible saberlo de una manera específica.

Los enfermos terminales solo pueden recibir cuidados paliativos estos consisten en los cuidados médicos que están especializados, su función principal es paliar los síntomas y el estrés que genera tener dicha enfermedad.

Estos cuidados los proporcionan los médicos especialistas, y el objetivo principal es hacer que el enfermo no sufra y muera de la manera más digna posible.

El cuidado psicológico también es muy importante por ello estos pacientes tendrán a su disposición a un equipo multidisciplinar que le ayudarán a todo lo que precise.

Algunos de los síntomas que pueden manifestar estos pacientes son: náuseas, depresión, dolor, dificultad para dormir, ansiedad...

En resumidas cuentas los cuidados paliativos ayudarán a mejorar la calidad de vida del paciente.

Algunos estudios de investigación recientes han demostrado, que las personas que fueron tratadas con cuidados paliativos con una enfermedad grave, vivieron más tiempo que aquellos que no recibieron dicha atención.

2 Objetivos

Identificar de forma general las funciones del celador con el paciente terminal.
Describir cuáles son las etapas principales por las que pasa el enfermo terminal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consistente, consultado las bases de datos más relevantes: Pubmed, Scielo, Google Scholar, Medline.

Se han consultado libros científicos sanitarios y se ha seleccionado información referida al paciente terminal, y a las funciones que desempeña el celador.

4 Resultados

El celador forma parte de un equipo multidisciplinar, que está formado por médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, etc.

El papel que desempeña el celador con los pacientes terminales es muy importante. Su trabajo debe de ir enfocado a proporcionarle mejor calidad de vida al paciente con una atención de manera individualizada, y continua.

Se colaborará con los TCAE en proporcionarle una higiene diaria, en el caso de que sea necesario y el paciente terminal necesite ser hospitalizado.

Se deberá de tratar con el máximo respeto posible tanto al enfermo como a los familiares, y tener prudencia a la hora de emitir comentarios, ya que estos podrían escucharlos.

Se identifican cinco etapas por las que el enfermo terminal pasa, antes de aceptar la muerte, puede pasar por todas ellas, o al menos por dos. Estas etapas fueron de-

scritas e identificadas por un psiquiatra, suizo-estadounidense Kubler Ross (1926-2004) ella describe la manera de aceptación de la muerte de la siguiente forma:

1. NEGACIÓN: Es la defensa que experimenta el paciente ante la enfermedad que padece.
2. IRA: En esta fase el paciente manifestará rabia, disgusto, descontento
3. NEGOCIACIÓN: El paciente en este caso va aceptando la idea de que el desenlace final será en este caso la muerte, pero sin embargo intentará retrasar el desenlace lo máximo posible.
4. DEPRESIÓN: En esta fase el enfermo experimentará desaliento y desánimo. Pasa por una fase considerada reactiva, que es la reacción que manifiesta el paciente al recibir la mala noticia, y las consecuencias son insomnio cambios bruscos en el comportamiento, enfado, decepción... En la fase preparatoria se experimenta una metamorfosis que consiste en luchar entre la vida y la muerte.
5. ACEPTACIÓN: En esta fase el paciente ya ha aceptado, y esta preparado para la muerte.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar el papel del celador con el paciente terminal es muy importante. También lo es, que como profesionales no sanitarios tengamos ciertas nociones y conocimientos respecto a este tipo de pacientes, ya que eso nos ayudará a garantizar un mayor confort, y un mayor respeto tanto a ellos como a sus familiares.

Cuando el paciente terminal es hospitalizado, el celador forma parte de un equipo multidisciplinar compuesto por enfermeros, médicos especialistas, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería... todos ellos trabajarán en equipo, y proporcionarán una calidad asistencial, para mejorar la calidad de vida del paciente.

El celador, tratará con el máximo respeto tanto a este paciente como a los familiares.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en cuidados paliativos y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el confort del paciente en estos momentos tan delicados de su vida.

6 Bibliografía

[www.Elizabeth Kübler Ross.com](http://www.ElizabethKublerRoss.com)

Google Scholar: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. [www.Título II Deberes de los profesionales que atienden a la persona durante el proceso del final de su vida.](http://www.tituloii.com)

Capítulo 279

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECCIÓN DE ADMISIÓN DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL

MARÍA INÉS MESAS VALERA

SARA BALLESTEROS PINEDO

MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias surgen cuando los hospitales empiezan a pasar a manos de la administración pública en el siglo XVIII. Se vio la necesidad de separar a los pacientes por su nivel de gravedad y tipo de enfermedad.

El servicio de urgencias de un hospital, es el área responsable de dar atención médica y quirúrgica a los pacientes que requieren de una atención inmediata. A diferencia de un consultorio médico, no requiere de cita previa y da servicio las 24 horas del día los 365 días del año.

Hablamos de Urgencia, como aquella situación que, en opinión del paciente, familiares u otra persona, precisa una atención médica inmediata.

La atención urgente surge cuando se hace necesaria la asistencia inmediata, ya sea por accidente, por la aparición súbita de un cuadro grave o por empeoramiento de una enfermedad crónica.

El principal objetivo de la unidad de urgencias, es prestar atención sanitaria urgente al paciente, en el menor tiempo posible y con la mayor eficiencia. Esta

atención urgente se realiza de forma profesional, humana y eficiente, en un entorno de calidad, intimidad, seguridad y confianza.

En cuanto a la estructura física del servicio de urgencias, sus áreas funcionales se reparten siguiendo el siguiente esquema:

- Recepción de pacientes
- Área médica
- Área de especialidades (Ojos, ORL, Psiquiatría)
- Área quirúrgica
- Área de observación

El objetivo del auxiliar administrativo en los servicios de urgencias es organizar, gestionar, planificar y programar la actividad asistencial, así como dar el apoyo administrativo necesario. Deben conocer los protocolos a seguir en estos servicios, así como la normativa vigente.

2 Objetivos

- Identificar, relacionar, exponer y analizar las funciones del auxiliar administrativo en el área de admisión de urgencias de una institución hospitalaria.
- Poner en valor el desarrollo de una actividad que, por su especial naturaleza, se desarrolla bajo situación de incertidumbre y cierto nivel de estrés, lo que requiere ciertas capacidades por parte de este profesional objeto de estudio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de investigación, sobre las funciones y tareas de un auxiliar administrativo en el área de urgencias de un centro hospitalario, se ha recopilado información a partir de la realización de una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, artículos científicos, congresos y revistas médicas publicadas en páginas web especializadas.

Por otro lado, se ha recopilado información práctica a partir de entrevistas realizadas a profesionales que llevan realizando sus funciones en esta área hospitalaria durante varios años, obteniendo como resultado datos del día a día del desarrollo de su actividad.

4 Resultados

El servicio de urgencias de un hospital, se rige por el principio de que la atención a los pacientes no está estipulada por el orden de llegada, sino por la prioridad asignada en el triaje.

Es responsabilidad del auxiliar administrativo al servicio de salud, el gestionar toda la información clínica generada por un paciente. Sus tareas irán encaminadas a organizar toda la documentación en la historia clínica única del paciente, custodiar, conservar y administrar la documentación generada a lo largo de los distintos procesos asistenciales, recuperarla de forma selectiva y difundir la información clínica demandada por los usuarios.

Las funciones de este profesional en la asistencia médica de urgencias, se activan cuando el paciente accede al área de urgencias, ya sea de manera consciente por su propio pie, en camilla o silla de ruedas, acompañado o no por un familiar, o por el celador dispuesto en el punto de acceso; o de manera inconsciente, dirigido por el personal sanitario que lo acompañe en el trayecto o en su caso familiares. En ese momento, entra en juego el trabajo del auxiliar administrativo, que, tras solicitar la tarjeta sanitaria del paciente, incorpora sus datos de filiación en el sistema informático del centro hospitalario, realizando el trámite de admisión. Seguidamente se imprime la documentación que el celador facilitará al facultativo de triaje para el comienzo de la asistencia sanitaria de urgencia, junto con la pulsera identificativa que se ajustará a la muñeca del paciente y que deberá llevar puesta mientras se le esté realizando la asistencia de urgencia.

El auxiliar administrativo en el área de urgencias, es uno de los primeros profesionales que se encuentra el paciente que asiste al centro, demandando una asistencia urgente. Por lo general, el paciente que demanda estos servicios, debido a la situación de emergencia y estrés a la que está sometido a causa de la merma de salud como consecuencia de haber sufrido un accidente, o empeoramiento de una enfermedad, u otras causas de urgencia; suele presentar evidentes signos de estrés, nerviosismo, irritabilidad que traslada al profesional auxiliar administrativo. Es por ello que podemos decir que, este profesional, debe tener alta capacidad para gestionar situaciones de estrés, practicar la escucha activa y mostrar empatía con su interlocutor en todo momento.

Respecto al horario de trabajo de este profesional, decir que el servicio de urgencias hospitalarias, cubre las 24 horas del día los 365 días del año, por lo que el trabajo del auxiliar administrativo de urgencias se distribuye por turnos rotativos de mañana, tarde o noche.

Seguidamente pasamos a detallar las funciones específicas del auxiliar adminis-

trativo en el área de urgencias de un hospital:

- Tareas administrativas de admisión de enfermos, cumplimentar los datos de filiación, documentación y registro.
- Registro de las variaciones de ubicación del paciente dentro de servicio de urgencias.
- Elaborar de listas y estadísticas de actividad.
- Apoyo administrativo para la gestión de recursos del Servicio de Urgencias y del proceso asistencial del paciente.
- Localizar e informar a los familiares de los pacientes sobre el lugar o momento de la asistencia al servicio de Urgencias.
- Tramitar las solicitudes de transporte sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del profesional auxiliar administrativo en el área de urgencias hospitalarias, son muy importantes, ya que se encarga de la gestión de la toma de datos de los pacientes, algo decisivo para el correcto desarrollo de la asistencia sanitaria de urgencia que el usuario demanda en ese momento. Este profesional, debe siempre trabajar en colaboración con el equipo sanitario, ya que se puede decir que hace de comunicador y nexo de unión entre el paciente y este equipo sanitario.

Dada la especial naturaleza de la actividad desarrollada en el área de urgencias hospitalaria, la actuación del auxiliar administrativo deberá ser rápida, ágil, eficaz y en todo momento ajustada a las necesidades que se vayan planteando. Estos profesionales suelen verse afectados por ciertos problemas de salud, tales como la fatiga, es estrés, dolores musculares en cuello, lumbares y extremidades superiores como consecuencia de trabajos repetitivos, y alteraciones visuales por la exposición a las pantallas de visualización de datos.

Debido a las particularidades y complejidades de su trabajo, es requisito indispensable para optar al puesto de trabajo por primera vez, el tener un cierto grado de experiencia mínima por haber realizado el trabajo anteriormente, o en su defecto, un curso de tres meses de duración que forma al auxiliar administrativo en el correcto desarrollo de sus funciones.

Por otro lado, este profesional objeto de estudio, debe estar preparado para saber afrontar y sobrellevar ciertas situaciones de estrés y hostilidad que se plantean en el área de urgencia; además de saber presentar un alto grado de empatía y práctica de escucha activa, con el usuario que demanda servicios de urgencia,

dado que son personas que atraviesan una merma considerable de su estado de salud y presenta un momentáneo desequilibrio emocional a causa del mismo. Por último, añadir, que dado los datos especialmente sensibles que manejan, dotados con un alto índice de protección, deben observar en todo momento las exigencias de la Ley Orgánica de protección de datos 3/2018 de 5 de diciembre, en lo referido en el artículo 18.4 respecto al tratamiento de los datos personales.

6 Bibliografía

1. <https://www.revistamedica.com>.
2. <https://www.hospitalgalenia.com>.
3. <https://www.unitecoporfesional.es>.
4. <https://www.congresosicepa.com>.
5. L.O. 3/2018 de 5 de diciembre.
6. Wikipedia.

Capítulo 280

LA HISTORIA CLÍNICA, GESTIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS EN UN HOSPITAL POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SARA BALLESTEROS PINEDO

MARÍA INÉS MESAS VALERA

MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR

1 Introducción

En el presente capítulo, vamos a conocer como se constituye una Historia Clínica en los hospitales y como estos gestionan el tratamiento de datos personales de los pacientes.

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de la información y documentación clínica (BOE) es la que regula la importancia de los derechos de los pacientes en cuanto al trato de datos.

Sabemos que la información de dichos pacientes se clasifica en historias clínicas (HC) y que aquí se recogen todos los informes médicos de los enfermos. Las historias clínicas pretenden recoger datos, de tal manera que cualquier facultativo, después de revisar dicha información, sepa conocer el enfoque de la enfermedad de ese paciente, y los resultados de exploraciones o tratamientos anteriores así como sus características.

Cabe recordar que al principio se trataba de un documento basado en el trabajo y estudio de un solo médico, y que con el paso del tiempo, ha pasado a utilizarse en los hospitales por un equipo asistencial. Ya no solo se trata como una colección de papeles donde los facultativos van plasmando sus conclusiones, sino que poco a poco y con los avances tecnológicos se ha podido modernizar la historia clínica.

2 Objetivos

- Exponer la constitución de la historia clínica, datos que contiene y donde se almacena.
- Explicar su uso en las distintas secciones de un hospital y como se puede modernizar.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva consistente en la revisión bibliográfica sobre libros, revistas y artículos científicos existentes. Esta búsqueda ha sido llevada a cabo en las principales bases de datos: Google, Medline, Scielo y escogiendo datos de publicaciones académicas ya revisadas.

También incluyo mi propia experiencia y la de compañeros a la hora de desarrollar la actividad profesional, aportando información de cómo ejecutábamos el trabajo dentro del departamento.

4 Resultados

Cuando un paciente llega de primeras a un hospital, el auxiliar administrativo lo primero que hace para poder crearle su historia clínica, es proceder a pedirle una serie de datos básicos y fundamentales al paciente que detallaremos más adelante. Se genera en el servicio de admisión y el paciente está obligado a facilitar información sobre su identidad.

A continuación el auxiliar administrativo le asignará al enfermo un número de HC que será “único”, este número, no se podrá asignar a otro paciente bajo ningún concepto, en caso de error o duplicidad del número de HC se modificara por el servicio de documentación clínica y archivo.

Cada hospital tiene su criterio a la hora de asignar el número a las historias clínicas, y los datos con los que está compuesta son:

Datos del paciente:

- Nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo del paciente.
- Domicilio de este, incluyendo el código postal y donde reside habitualmente.

Y por supuesto toda la información médica del paciente ya sea el resultado de pruebas, ingresos o consultas a las que haya podido acudir.

La historia clínica está constituida por un sobre, que suele ser de cartón con el tamaño apropiado para poder albergar las distintas carpetas de la HC y las RXS. A veces el contenido del mismo paciente no puede ser guardado de forma eficiente en un mismo sobre, por lo que se pueden generar sobres adicionales siempre que estos estén definidos. Ej.: 1/3, 2/3, 3/3 en el caso de estar compuesta por 3 sobres. También puede contener distintos sobres más pequeños que provengan de ingresos hospitalarios, así como las radiografías, aunque estas suelen ir dentro de sus propios sobres de radiología para su mejor conservación.

A día de hoy en ciertos hospitales los auxiliares administrativos están procediendo a separar lo que son datos del paciente, con los resultados de las pruebas, (sobre todo las radiografías) para poder tener una mejor manipulación y poder gestionar de forma más eficiente su traslado la hora de que un servicio del hospital solicite la historia clínica, esto a veces dificulta el poder tener toda la información a disposición del facultativo. Además genera en algunas ocasiones una pérdida de tiempo al tener que regresar al archivo a por el resto de información.

Ahora vamos a proceder a explicar cómo se trata esta información en el hospital, sabiendo que de manera inicial esta documentación clínica se origina en admisión que es donde el auxiliar administrativo registra los datos del paciente.

¿Cómo sale y llega archivo?

La celeridad con la que se puede acceder a ella una vez archivada.

¿Cómo el archivo hace el seguimiento de historias clínicas para saber que historias se encuentran dentro o fuera del?

De normal el grueso de historias clínicas que salen del archivo de manera diaria, proviene de las consultas médicas, de las distintas especialidades que tenga el hospital. Ej.: oftalmología, traumatología, ginecología, etc.

El archivo sabe con anterioridad que historias son las que se tiene que preparar para el transcurso del día en cuanto a consultas se refiere. Y son los auxiliares administrativos del archivo lo que se encargan a través de unos listados de buscar, preparar y poner como prestada todas esas historias clínicas.

Una vez que están todas recopiladas, se clasifican por consulta de tal manera que todas las HC que necesitan ir por ejemplo a cardiología, queden agrupadas para

que posteriormente sean llevadas a ese departamento.

Allí los médicos las utilizan para pasar consulta. Una vez finalizadas estas las historias clínicas deben volver de nuevo al archivo, donde se guardan. El celador recoge las HC de las consultas y las lleva de nuevo al archivo, allí los auxiliares administrativos les quitan el préstamo de la consulta donde han estado y se proceden a guardar en su sitio.

Pero no solo las consultas médicas necesitan las historias clínicas, también el servicio de urgencias o las plantas del hospital cuando acogen un ingreso. La gran diferencia es que para las consultas se prepara con anterioridad y ordenadamente al comienzo del día y para las urgencias o ingresos es de manera esporádica.

Urgencias: Este servicio solicita la historia clínica al archivo cuando el paciente llega al hospital y pasa por Admisión de Urgencias, una vez el auxiliar administrativo tiene identificado al paciente, se procede a llamar al archivo solicitando la HC pertinente, se envía a un celador a por ella, una vez se ha terminado con ese paciente, se agrupa con todas las historias que se tienen en urgencias para que sean devueltas al archivo.

Ingresos en planta: cuando el paciente ya provenga de urgencias o de consulta deba quedarse ingresado, el trato de la historia clínica tiene otra metodología, esta pasara a planta y estará allí el tiempo que dure el ingreso, y todas las pruebas o anotaciones que hiciera el facultativo se irán incorporando a ella, hasta la recuperación del enfermo y cuando se produzca el alta.

Una vez que el paciente salga del hospital, la historia clínica volverá de nuevo al archivo donde el auxiliar administrativo eliminara su préstamo de “planta” y pasara de nuevo a estar en el archivo constando así en su registro.

Sabemos que con motivo del avance de las tecnologías, se está procediendo a digitalizar las HC, pero esto lleva tiempo y dedicación. De esta digitalización se encargan los auxiliares administrativos que trabajan en el archivo, de tal manera que procesan diariamente aquellas historias clínicas que se necesitan en el hospital y a la vez van procesando datos de las historias informáticamente. Esto consiste en comenzar a meter todos los datos de un número de historia determinado ej: XXXXXX al sistema informático del hospital y no se comenzara con otra bajo ningún concepto hasta no haber terminado con la anterior.

Esto favorece que con el tiempo el número de historias que tiene que salir del archivo diariamente sea menor, pues se pueden consultar informáticamente.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido comprobar como el auxiliar administrativo es esencial en el trato de toda la información y documentación desde que es creada la historia clínica, y durante todo el recorrido por el hospital se encarga de todo su contenido y de saber dónde está la Historia Clínica en cada momento.

Una mala praxis en el trabajo por parte del auxiliar administrativo puede derivar en una gran cantidad de consecuencias negativas, como el no poder encontrar la información necesaria en un determinado momento por lo que la buena atención al paciente se ve truncada con los nefastos resultados que esto podría acarrear.

6 Bibliografía

1. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1135-57272004000400005.
2. Documentación clínica y archivo. Mercedes tejero Álvarez. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=-x25BgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=documentacion+de+un+hospital&ots=-xA01u6gMA&sig=vN6W_63yslRY0lezRvQpjMJf1Pw#v=onepage&q&f=false.
3. Guiones para la práctica clínica. –la historia clínica- Facultad de medicina de la universidad complutense. Fundación Lilly (UCM). <https://medicina.ucm.es/data/cont/media/www/pag-17227/La%20Historia%20Cl%C3%ADnica.pdf>.

Capítulo 281

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, ATENCIÓN AL PACIENTE Y OTROS DEPARTAMENTOS DE SANIDAD

SARA BALLESTEROS PINEDO

MARÍA INÉS MESAS VALERA

MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR

1 Introducción

La ley 41/2002 Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria, es la que de encarga de regular los deberes y los derechos por parte de la administración respecto al paciente o usuario. Esta nueva ley nos habla del derecho del enfermo a que conozca toda la información que se le pueda proporcionar sobre su salud.

Sabemos que en el ámbito de la sanidad tenemos grandes profesionales que se encargan de los pacientes y que con su trabajo logran el buen funcionamiento del hospital o de los centros de atención primaria, probablemente si nos ponemos a pensar, los primeros que vengan a nuestra cabeza sean los médicos o los enfermeros, olvidándonos o dejando para último lugar el gran trabajo de los auxiliares administrativos, sin los cuales, el trabajo del día a día no podría salir adelante, debido a la gran cantidad de funciones que realizan.

Y es aquí donde empiezan las distintas actuaciones del auxiliar administrativo, dando buena atención al paciente cuando llega al centro médico, aunque también conoceremos, aparte de la atención al público, como se encargan de la documentación, manejo de equipos informáticos, registros e incluso gestión de cobros en sanidad privada.

2 Objetivos

- Exponer cuáles son las principales funciones del auxiliar administrativo en los distintos departamentos.
- Explicar qué se consigue llevando a cabo estas funciones.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha procedido a la recopilación de información buscando datos en diferentes libros, revistas científicas y artículos ya publicados, así como páginas de internet como son: scielo, google, google académico y medline entre otras.

Incluyo también mi propia experiencia junto con la de otros compañeros de como desarrollábamos la actividad profesional, aportando información de cómo ejecutábamos el trabajo dentro del departamento.

4 Resultados

Como ya hemos comentado anteriormente el auxiliar administrativo suele ser el gran olvidado en los centros sanitarios pero sin ellos el funcionamiento de estos no sería óptimo.

Si se encuentra en atención al paciente, a lo largo de su jornada laboral se encarga de atender a los pacientes ya sea telefónicamente o cara a cara y en todo momento debe mantener un trato cordial con el paciente cuando este le cuenta su caso e incluso ofrecerle ayuda en caso de necesitarla. El auxiliar administrativo debe generar un informe digital en admisión cuando el paciente llega, donde plasme todo lo que le ocurre para que así quede constancia de la visita y no se pierda dicha información, también se encarga de todo lo relacionado con las citas médicas, gestionando las agendas del hospital y coordinando que cada paciente sepa que consulta tiene y en que horario debe acudir al centro médico para su

atención, llegando incluso (esto depende de las distintas gerencias), a llamar al paciente para recordarle la fecha y la hora de su cita.

Otra de las ocupaciones del auxiliar administrativo, es atender las quejas y reclamaciones que puedan tener los pacientes, llegando a tener que apagar algún que otro fuego y empatizar y ofrecerles su ayuda para que estos problemas sean subsanados a la mayor brevedad posible.

Es sabido que los pacientes a veces quieren segundas opiniones de su diagnóstico, son los auxiliares administrativos, los que se encargan de rellenar los formularios con los datos y pruebas que solicita el paciente, pues este último necesita de esa información para poder entregarla otro facultativo y una vez cumplimentado ese formulario, el auxiliar administrativo, recopila toda la información y concreta una cita con el paciente para poder entregarle todo lo solicitado.

Cuando el auxiliar administrativo se encuentra en consulta dando apoyo al médico, su tarea se centra en tener la agenda actualizada, tener control de los pacientes que van a ser atendidos a lo largo del día y que sus historias clínicas se encuentren en la consulta, así como actualizar dichas historias clínicas con la nueva información que pueda incorporar en ese momento el facultativo. En esta posición, el auxiliar administrativo tiene que ser una persona discreta, pues tiene a su alcance información confidencial e importante de los pacientes y sus dolencias.

En otro departamento como pueda ser el almacén, el auxiliar administrativo se encarga en un primer momento de tener conocimiento en todo momento del inventario, sabiendo así de que materiales se dispone para el buen funcionamiento del centro. Gestiona los pedidos que han de hacerse solicitando el material que se necesita y lleva a cabo la gestión de albaranes con las existencias que llegan al centro controlando en todo momento el stock, encargándose también de la salida de artículos del almacén.

Por último cuando el auxiliar administrativo se encuentra en el departamento de gerencia del centro, este tiene la labor de tener conocimiento del protocolo institucional y empresarial, encargándose de compras, control de proveedores hacer registros de entregas y cumplimentación de cheques y documentos de pago apoyando así al departamento de contabilidad. Debe tener también conocimiento de cálculo y operaciones aritméticas, manejándose en el uso de diversos programas informáticos y maquinaria de oficina como pueden ser computadoras, fotocopadoras o una simple calculadora.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto así, el importante papel que desarrolla el auxiliar administrativo en distintos departamentos del centro sanitario. Estos profesionales se encargan de facilitar soluciones y que aunque no son considerados profesionales sanitarios, su papel es indispensable y que además debe tener ciertas aptitudes para el desarrollo eficiente de las labores, aportando compromiso y ética, junto con una capacidad de resolución ante problemas, siendo capaz de priorizar tareas que requieran de más o menos atención. Destacamos también la importancia de ser una persona proactiva, amable y con don de gentes a la hora del trato con los pacientes, resolutivo a la hora de trabajar bajo presión y con capacidad de trabajo en equipo. De esta manera vemos que, aunque el auxiliar administrativo sea el gran olvidado, con su trabajo consigue el buen desarrollo y funcionamiento de los centros sanitarios en el día a día.

6 Bibliografía

1. Formación Alcalá: <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario#:text=La%20atenci%C3%B3n%20al%20p%C3%ABlico%2C%20la,un%20auxiliar%20administrativo%20en%20Sanidad>.
2. Oposiciones.es: <https://oposiciones.es/oposiciones-auxiliar-administrativo-sanidad/funciones/>.
3. Workable better hiring: <https://resources.workable.com/es/gerente-administrativo-de-hospital-descripcion-del-puesto>.
4. Ised: <https://www.ised.es/pruebas-de-acceso/regulaciones-de-un-administrativo-sanitario/>.
5. Salud pública de Mexico: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5727>.

Capítulo 282

LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCION PRIMARIA.

LAURA DÍAZ GARCÍA

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

SUSANA DÍAZ GARCÍA

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

1 Introducción

El acceso del paciente al sistema de salud se produce de forma presencial o telefónica, sin embargo, en la actualidad los sistemas tecnológicos nos permiten gestionar nuestra demanda a este servicio a través de la página web o la APP, sin necesidad de desplazarse hasta el centro de salud para hacer las gestiones que sean necesarias.

En la mayoría de los Centros de Salud existe la figura administrativa, encontrándose a la entrada de dichos centros con el fin de ser el primer punto de encuentro entre el paciente y el servicio de salud. Normalmente, en los Centro de Salud de poblaciones pequeñas y en los consultorios locales, es el Auxiliar Administrativo el que atiende, escucha, informa y orienta al paciente.

La atención primaria es un pilar fundamental de la atención sanitaria, es el primer punto de encuentro entre el usuario y los profesionales. El Centro de Salud debe de estar bien coordinado y gestionado. Los auxiliares administrativos deben tener conocimiento de la estructura y funcionamiento de los mismos para que su trabajo sea más efectivo. El auxiliar administrativo tiene que desempeñar una gran variedad de funciones, no sólo el dar cita al usuario para su atención (que es muy importante), ha de tener el debido conocimiento también en el programa de gestión de turnos de los profesionales, para que estos tengan bien gestionadas las agendas.

Las funciones a desempeñar por el Auxiliar Administrativo en la Unidad de Atención Primaria aparecen en el artículo 12 del Estatuto de personal no sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en la sección 1º del capítulo II, de Julio de 1971. Posteriormente, sobre las competencias de un auxiliar administrativo en Salud nos llevan a una Orden de 1984 que modifica el Estatuto de 1971. Aunque esta Orden de 1984 fue derogada posteriormente por el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, una de sus disposiciones transitorias remite a la ley de 1971. Esta, a su vez, conduce a la de 1984

Integran las Unidades administrativas de los Centros de Salud desarrollando funciones de atención al paciente y de apoyo administrativo al conjunto de profesionales del Equipo de Atención Primaria. Dicho equipo lo forman el personal facultativo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, el facultativo especialista en Pediatría, Enfermería, Matrona, Fisioterapeuta, Odontología, Higienista, Asistente Social, Auxiliar de Enfermería y Celador.

2 Objetivos

- Definir las funciones las que le corresponde al auxiliar administrativo para el perfecto desarrollo y funcionamiento en el centro de atención primaria
- Desarrollar los principios que rigen el buen hacer de sus funciones en el ámbito de atención primaria

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

Según la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla La Mancha, está recogido el “derecho de la ciudadanía a la protección de la salud, mediante la ordenación sanitaria, delimitar las actuaciones y regular las estructuras que configuran el Sistema Sanitario”. Dicha Ley tiene recogido unos principios importantes relacionados con el puesto de trabajo y la atención personal. El auxiliar administrativo es una de las personas encargadas de conseguir que los objetivos de la Ley se puedan alcanzar:

1. Calidad de los servicios y prestaciones,
2. Humanización de los servicios y máximo respeto a la dignidad de los ciudadanos.

El auxiliar administrativo es una pieza fundamental en los centros de salud, forman parte del equipo multidisciplinar para la atención primaria, no es sólo coger cita para que los médicos atiendan a los pacientes. Es cierto que los auxiliares administrativos hacen muchísimas funciones, aunque la más visible frente al usuario tal vez sea la de citar, ya sea telefónicamente o atención al público en mostrador, y no porque sea la más visible es la menos importante.

También han de saber y conocer el día que se puede citar a algunos profesionales que pasan consulta, pues no es sólo personal médico el que pasa consulta, en los centros de salud también se encuentran profesionales como enfermeras, matronas, dentista, consulta de fisioterapia, etc., y en los centros más pequeños estos profesionales no atienden al público todos los días.

Deben conocer el manejo de agendas, pues los profesionales recurren a los auxiliares administrativos que son los encargados en bloquear días u horas específicas de estos ya sea por vacaciones, salientes de guardias y distintas situaciones que se dan a lo largo del año, y no se puede permitir que en esos días se citen a usuarios y acudan a la cita sin encontrarse con el profesional con el que se han citado.

El auxiliar administrativo utiliza entre otras herramientas las aplicaciones y programas informáticos, las llamadas TIC'S, las cuales debe de conocer además de saber utilizarlas, los procesadores de textos de hojas de cálculo, el correo electrónico. Normalmente los centros tienen un correo común, al que llega comunicaciones y envíos varios, además los Auxiliares Administrativos tienen su propio correo corporativo, el cual deberían abrir/ver todos los días. Uno de los programas más utilizados por los auxiliares administrativos es el de citaciones de usuarios, gestión de las agendas del personal sanitario del centro, explotación de datos. También es primordial el manejo de la tarjeta sanitaria, donde se hacen incorporaciones de nuevos usuarios, tanto sean recién nacidos, extranjeros y distintas

situaciones administrativas, se habilitan también la tarjeta para desplazados, etc., Así mismo en este programa se pueden corregir/subsanar datos, etc.

El paciente que requiere atención urgente será derivado a la consulta correspondiente o al servicio de urgencias si el centro dispone de ello. En una situación de urgencia el grado de ansiedad con la que acude el paciente puede ser elevado, entonces es el auxiliar administrativo el encargado de tranquilizarle hasta que se derive a dicho servicio. Las formas a las que hay que dirigirse al paciente deben ser con voz suave, volumen bajo, intentando averiguar en la situación en la que se encuentra, haciendo una explicación de los recursos de los que se dispone en ese momento y finalmente derivando al sitio correcto.

Existe el servicio de atención al paciente en el que éstos pueden presentar las quejas, reclamaciones o sugerencias que necesiten interponer, la función del auxiliar administrativo en este punto será la de informar de su derecho a interponer la queja, reclamación o sugerencia, a explicar la tramitación y finalización de la misma. Una vez rellenada la solicitud por el paciente, recogemos la misma, la sellamos, hacemos entrega de una copia, registramos el resto de copias y derivamos al servicio correspondiente para su posterior tramitación. La resolución de la misma será remitida al domicilio del demandante.

Por otra parte, una de las principales funciones del auxiliar administrativo es la "comunicación", estas son las principales características:

- El auxiliar administrativo debe desarrollar la empatía, para evitar discusiones y hacer llegar el mensaje que se quiera enviar con la máxima claridad posible.
- El auxiliar administrativo deberá tener en cuenta las circunstancias por las que atraviesan los enfermos y sus familiares, dirigiéndose siempre hacia ellos con respeto.
- Es conveniente el uso de un lenguaje educado, sobre todo cuando el enfermo o sus familiares se encuentren nerviosos o alterados.
- La información que un auxiliar administrativo será lo más completa posible, excepto aquella relativa a la enfermedad del enfermo. El Auxiliar administrativo está obligado a guardar el Secreto Profesional de todo lo que conozca a causa del ejercicio de su profesión.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos son los primeros profesionales con los que el paciente tiene contacto, por lo que forman parte del pilar fundamental para el buen funcionamiento del equipo de Atención Primaria. Tienen asignadas innumerables tareas, que variarán según el punto de atención que esté desempeñando

en ese momento además de las necesidades del centro. Está demostrado que para que un servicio funcione bien tiene tener un equipo multidisciplinar que esté cohesionado, con objetivos claros, donde cada miembro del equipo sepa cuáles son sus funciones y las lleve a cabo eficazmente.

La atención presencial en atención primaria es muy diversa, por lo que el auxiliar administrativo tiene que estar formado de cada uno de los servicios que existen en los centros de salud para poder ofrecer una atención personal lo más cercano a las necesidades de los pacientes. También es muy importante la actitud, la empatía, la forma de atender, la canalización de la atención, la comunicación y la coordinación con los profesionales, para que el servicio que se presta en estos centros sea el más satisfactorio posible tanto para el personal sanitario, no sanitario como para los pacientes que acuden a recibir asistencia sanitaria.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en buscadores como: auxiliar administrativo, funciones del auxiliar administrativo en atención primaria, centros sanitarios.
2. Formación Logoss, Auxiliar Administrativo.
3. BOE.es Orden 5 de Julio de 1971 del Estatuto de Personal no sanitario al servicio de las instituciones de la Seguridad Social.
4. <https://www.appf.edu.es/funciones-auxiliar-administrativo-sanidad-descubrecompetencias/>

Capítulo 283

PATOLOGIAS ASOCIADAS A LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN CENTROS SANITARIOS

LAURA DÍAZ GARCÍA

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

SUSANA DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

Son múltiples riesgos a los que están sometidos los trabajadores sanitarios y no sanitarios que desarrollan su actividad en centros de salud y hospitales. Entre otros, los riesgos biológicos, químicos, ergonómicos o psicosociales, han sido objeto de escrutinio en la última década. De este modo, diversos aspectos han sido puestos en cuestión acerca de los efectos nocivos que estos factores pueden tener sobre la salud del trabajador. Entre los más habituales, encontramos las caídas, las agresiones, la carga mental, la turnicidad y la precariedad laboral

Dentro de las distintas categorías profesionales que trabajan en centros sanitarios, una de las más expuestas a este tipo de riesgos son los auxiliares administrativos, que sufrirán muy especialmente las consecuencias negativas de trabajar de forma continuada a través de la visualización y manejo de datos en ordenadores.

De forma asociada, las lesiones musculoesqueléticas, la nocturnidad, insatisfacción y otros factores cuyos orígenes son múltiples, también se han asociado de forma clásica a estos profesionales.

Los riesgos ergonómicos se encuentran principalmente asociados a lesiones musculares que pueden aparecer a medio-largo plazo, siendo estos trastornos los que más habitualmente generan una incapacidad en el profesional. Estas lesiones son múltiples y pueden afectar a diversas zonas corporales, tales como la espalda, el cuello, las articulaciones, las rodillas y las muñecas.

Los riesgos psicosociales se encuentran entre los problemas que más dificultades plantean en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo. Afectan de manera notable a la salud de las personas, a la organización y economía nacionalmente. Según la definición dada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2004), los factores de riesgo psicosocial son las condiciones presentes en una situación laboral, directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, que pueden afectar al bienestar, la salud y el rendimiento de los trabajadores

Es por ello que una exposición continuada a este tipo de factores puede conllevar, a una incapacidad (temporal o permanente) derivada de las limitaciones que provoca la lesión o enfermedad generada a causa de los mismos, es por esto que se observa la importancia de la capacitación del trabajador de forma continuada, de manera que las tareas más habituales del trabajador puedan ser analizadas en profundidad para aplicar unas medidas preventivas adecuadas a su puesto de trabajo, lo que evitará inversiones y costes a largo plazo.

2 Objetivos

- Identificar las principales patologías asociadas al auxiliar administrativo que trabaja en centros sanitarios.
- Poner de manifiesto la necesidad de evitar los factores psicosociales, ergonómicos, etc, en los auxiliares administrativos del ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura 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

El personal administrativo que trabaja en la administración sanitaria suele realizar en la mayoría de los casos un trabajo a turnos, por lo que en este artículo vamos a analizar cómo puede afectar esta turnicidad a su salud. El tiempo de trabajo es uno de los aspectos que tiene una repercusión más directa sobre la vida, así el número de horas trabajadas y su distribución afectan no sólo a la calidad de vida en el trabajo sino también a la propia vida personal fuera del mismo. Dadas las características humanas la actividad laboral debería desarrollarse durante el día a fin de lograr una coincidencia entre la actividad laboral y la actividad fisiológica, sin embargo, en el ámbito sanitario es necesario mantener trabajo por turnos al ser una actividad que requiere atención las 24 horas del día.

Entre los factores de riesgo psicosocial se incluyen:

- Las cargas de trabajo (cuantitativas y cualitativas).
- Carencias de formación.
- Las responsabilidades.
- La ambigüedad y el conflicto de roles.
- El horario y el turno de trabajo.
- El apoyo social.
- El contenido del trabajo.
- Inestabilidad en el trabajo.

Entre los riesgos ergonómicos a los que está sometido el auxiliar administrativo, se encuentran las posturas forzadas y movimientos repetitivos realizados durante la jornada laboral, fatiga visual, síndrome del túnel carpiano, etc. En este sentido, las actividades y tareas del auxiliar administrativo suelen conllevar de forma especialmente frecuente el movimiento repetido de las zonas de la muñeca y los dedos. De forma asociada, los músculos del cuello y espalda suelen estar contráidos a causa de las posturas adoptadas en el ejercicio de sus funciones, que en múltiples ocasiones pasa por trabajar con dispositivos tecnológicos tales como ordenador, teléfono, tablet u otros similares. El riesgo de padecer trastornos musculares se incrementa con el paso de los años, a causa de la tensión soportada por estas zonas anatómicas.

Estar expuesto a condiciones de carga mental en el trabajo puede producir importantes problemas de salud en los auxiliares administrativos. Se producen efectos negativos en todas las situaciones en las que los niveles de carga mental no son los adecuados, como son:

- Por exceso de demanda.
- Por demanda insuficiente.

La gravedad de los efectos de la sobrecarga o la infra-carga (poca carga de trabajo) varía en función de:

- Apoyo social recibido dentro y fuera del trabajo.
- Personalidad del trabajador.
- Motivación del individuo.
- Autonomía o control que pueda ejercer el trabajador sobre la manera de desarrollar su puesto de trabajo.

La consecuencia de todo esto, más directa, es el estrés laboral que, mantenido en el tiempo puede dar lugar a enfermedades cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos, depresión, abusos de sustancias (como el tabaco , el café y el tabaco) , trastornos psiquiátricos leves, burnout y baja autopercepción de la salud. 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.

Las recomendaciones habitualmente recogidas en los manuales de prevención y en los artículos seleccionados, que fácilmente pueden ser aplicadas al auxiliar administrativo en el caso que nos ocupa, son: rotación de las tareas; pausas habituales a lo largo de la jornada laboral; temperatura del entorno de trabajo adecuada; nivel de humedad adecuado; correcto aislamiento de ruidos y de otras áreas que puedan interferir en el trabajo del profesional; lugar de trabajo espacioso; iluminación suficiente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante, realizar una adecuada labor formativa e informativa a los auxiliares administrativos, fomentando así su conocimiento sobre los riesgos laborales a los que están expuestos. Esto permitirá, al menos en parte, evitar lesiones y trastornos en el futuro, salvaguardando su salud. Por otro lado, una correcta adecuación del puesto al trabajador y a sus características individuales, también es fundamental, adecuando el equipo informático, escritorio, silla, y otros dispositivos deben estar actualizados y posicionados correctamente, evitando así lesiones musculoesqueléticas, fatiga visual, etc.

En el ámbito sanitario, la mayoría del personal administrativo realiza un trabajo a turnos, lo cual conlleva un innegable desgaste físico, psíquico y emocional, al tiempo que se dificulta en gran medida la conciliación de la vida personal y laboral.

Es por ello que juegan un importante papel, las 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, para así contribuir al bienestar del propio trabajador, sin olvidar el resto de compañeros y pacientes que pueden verse afectados por estas disputas y ese ambiente hostil.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en buscadores como: auxiliar administrativo, patologías, estrés laboral en el ámbito sanitario, fatiga visual.
2. Salud laboral: Prevención de riesgos laborales. Formación continua. Logoss.
3. www.redaccionmedica.com.
4. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123
- 5.

Capítulo 284

PRINCIPALES FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO.

LAURA DÍAZ GARCÍA

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

SUSANA DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

El auxiliar administrativo de los centros hospitalarios se encarga de realizar múltiples funciones que ayudan a que estos funcionen de una manera correcta, ya que estos introducen datos, historias clínicas entre otras, información que es fundamental para que los centros hospitalarios funcionen correctamente. El auxiliar administrativo es la primera persona que atiende a los pacientes, familiares etc., a su llegada a los centros hospitalarios, su labor de atención a estos debe ser clara y sobre todo entender todo lo que le digan.

Por usuario podemos afirmar que son, además de los enfermos que vienen a los hospitales, los familiares que los acompañan para asistirlos o ayudarlos si es que necesitan de ayuda o cualquier persona o tutor legal en caso de minusvalía.

Los datos que el auxiliar administrativo recoge a lo largo de sus jornadas laborales de todo el personal están protegidos por ley en España y estos lo tienen muy en cuenta para no proceder a un delito

El derecho a la protección de datos personales no se recoge de forma expresa en la Constitución Española de 1978, eso sí, se garantiza en su artículo 18.4 de la siguiente manera: “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”. En desarrollo de esta obligación constitucional y reconociendo el carácter de derecho fundamental de la protección de datos, actualmente se encuentra regulada en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la cual entró en vigor el 7 de diciembre de 2018.

Los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario, como en las clínicas, centros de salud y hospitales están sometidos a esta normativa.

Para el buen funcionamiento de un centro hospitalario o centro de salud es imprescindible la labor del auxiliar administrativo. La atención al público, la recepción de llamadas, la preparación de los datos informáticos, la organización de expedientes y su tramitación, la gestión de las citas en el servidor o la mecanografía de documentos serían a grosso modo algunas de las tareas a realizar por parte del personal auxiliar administrativo en el centro hospitalario donde desempeñe su labor.

2 Objetivos

- Identificar las funciones las que le corresponde al auxiliar administrativo para el perfecto desarrollo y funcionamiento del centro hospitalario en su parte administrativa.
- Explicar los principios de la gestión de la calidad en el puesto de auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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

Entre las tareas que realiza el auxiliar administrativo más específicamente, encontraremos por ejemplo las siguientes:

- 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. Gestión de base de datos. Se va a encargar de incorporar la documentación nueva generada a los archivos correspondientes, llevando un registro de estos, de tal manera que la información quede disponible de una manera eficiente, ordenada y secuencial para su acceso, manteniendo siempre la protección de datos y el derecho a la intimidad de estos.
- Crear una versión digital de todo tipo de documentos en formato papel, para que no se pierdan. Digitalización de los documentos.
- Realizar los informes pertinentes a petición del paciente, profesional u otro organismo, así como su envío si fuese necesario.
- Atención al paciente tanto presencial como telefónicamente, siempre manteniendo amabilidad y un trato cercano. A través del teléfono, se ofrece la posibilidad al usuario de acceder a los servicios de asesoramiento, información y gestión de citas sin la necesidad de desplazarse al centro o de forma presencial por parte de éste.
- Llevar un control y estadística de las actividades de cada profesional del centro.
- Tramitar la gestión de nuevos pacientes en el centro.
- La gestión de transporte, como las ambulancias.
- Gestión de la Historia Clínica.
- 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. Estos también se deben de archivar y llevar un registro.

La comunicación con el usuario tanto de una forma como de la otra debe mostrarse desde dos vertientes, una técnico - sanitaria y la otra humana, desde este último punto debemos transmitir la información de una manera adecuada y empática con usuario, poniéndonos en lugar de este. Debe saber trabajar en equipo, ya que este va a tener que trabajar colaborando con un equipo formado por médicos, enfermeros y profesionales, actuando como intermediario entre estos y el paciente, va a ser el encargado de llevar a cabo la gestión de las citas.

Las políticas de recursos humanos que tratan de garantizar el éxito están enfo-

cadencia en la calidad y emplean prácticas encaminadas al personal y a un clima de compromiso y colaboración. Algunos de los principios de la gestión de la calidad son:

- Satisfacer las expectativas de los pacientes enfocándose hacia sus necesidades.
- Crear y mantener un ambiente laboral interno favorable para la consecución de los objetivos.
- Utilizar las habilidades del personal en el beneficio de la institución.
- Mejorar de forma continua el desempeño del puesto.
- Inculcar una mayor concienciación del personal hacia la calidad.
- Transmitir principios y prácticas de calidad.
- Fomentar que todo el personal trabaje para detectar posibles errores y en la mejora continua.
- Compromiso por parte de todos los miembros de la institución.
- Implementación de prácticas que velen por la salud de los trabajadores.

Los auxiliares administrativos siempre han sido de vital importancia. La información administrativa es algo esencial para que los usuarios puedan conocer sus derechos y obligaciones como elemento de información. Los auxiliares administrativos de cara al público deben controlar sus emociones durante sus interacciones sociales en el trabajo, los aspectos del trabajo que se relacionan con este tipo de demandas emocionales y con el control de las mismas.

La comunicación entre el auxiliar administrativo y la persona a la que se quiere dirigir debe de ser eficaz, significando esto que ambas personas deben de usar el mismo código y han de practicar una escucha activa, de nada sirve recibir información y no prestar atención a dicha información. Una vez que el auxiliar administrativo ha captado la plena atención del receptor, debe de seguir unas normas básicas de comunicación para que el mensaje se reciba de la forma más correcta.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo realiza una función importante dentro de la organización del entorno sanitario de los hospitales. Ejerce como apoyo en tanto a lo material, como al ejercicio y al desarrollo de las tareas administrativas en dicha sección. Es un canal de comunicación que proporciona la información solicitada por el paciente, le gestiona y tramita las citas, coordinándose con un equipo médico, sirviendo de intermediarios entre estos y los pacientes. Realizan a la vez tareas de secretaria de la sección y recolecta la información generada de una forma eficiente y siempre manteniendo la protección de datos y el derecho a la

intimidad de estos. Sus funciones claramente diferenciadas y bien coordinadas harán que el centro hospitalario pueda llevar un óptimo funcionamiento en todas las áreas del mismo.

Sus funciones abarcaran casi todas las áreas del hospital, pues todas las áreas de este para su correcto funcionamiento necesitaran de su parte de gestión administrativa.

La atención humanizada será el primer paso para lograr la gestión de la calidad en el puesto de auxiliar administrativo. Establecer un sistema de gestión de calidad en el sector sanitario supone generar, mantener y tratar de mejorar continuamente los resultados y la confianza tanto de profesionales como de pacientes en la prestación de la asistencia.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en buscadores como: auxiliar administrativo, funciones del auxiliar administrativo en sanidad, atención al usuario, calidad de la atención.
2. www.administrativosanitario.blogspot.com
3. Manual básico del auxiliar administrativo. www.revistamedica.com/auxiliaradministrativo
4. [https://www.gestion- sanitaria.com](https://www.gestion-sanitaria.com)

Capítulo 285

IGUALDAD DE GÉNERO EN PERSONAL TRABAJADOR NO SANITARIO

CARMEN GARCÍA ALVAREZ

MARIA NIEVES MARTINEZ RIVAS

JOAQUÍN HORRILLO PIÑEIRO

RICARDO GARCÍA ALVAREZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ FORCELLEDO

1 Introducción

Las diferencias entre los trabajadores no sanitarios de un hospital son claras y manifiestas, y están presentes en todos los hospitales de nuestra comunidad. Aún son pocas las mujeres que ocupen cargos con poder de decidir o que desempeñen funciones de liderazgo.

Tampoco hay que olvidar la mayor sobrecarga familiar que soporta la mujer trabajadora, y la mayor presión social. Todo ello se traduce en que la presencia de la mujer es mayor en los puestos de menor rango.

Esta situación puede explicarse porque tradicionalmente se viene pensando que algunas ocupaciones son más propias de la mujer o que la responsabilidad familiar que asume la mujer no la permite el desempeño de tareas que exigen gran

dedicación y responsabilidad, por lo que los puestos que ocupa la mujer, incluso en aquellas ocupaciones en que tradicionalmente son mayoría, sean de inferior categoría a los que ocupan los hombres.

Además, la incorporación de la mujer al mercado laboral no ha ido acompañada de una mayor implicación del hombre en los cuidados y atenciones de la familia, ni en el modo de la reproducción, lo que obliga a la mujer a desempeñar dos trabajos en una misma jornada, el laboral y el trabajo de hogar.

2 Objetivos

- Conocer y explicar el de actitudes y comportamientos sexistas, valorando su repercusión.
- Dar a conocer la necesidad de integrar en todos los ámbitos la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
- Evaluar qué ventajas introduce la incorporación de la perspectiva de género.
- Describir los métodos y los mecanismos que puedan propiciar que la perspectiva de género sea valorada, introducida y aplicada en todos los pasos de la gestión de recursos del Sistema Sanitario.

3 Metodología

Mediante la búsqueda y revisión de artículos de investigación y divulgación e informes de Salud y Género a través de bases de datos y buscadores científicos en Internet, filtrando a los publicados en los años 2005, 2006, 2007 y 2008.

4 Resultados

Como resultado se ofrece la posibilidad de desarrollar planes de actuación para el desarrollo de medidas que incluyan recomendaciones, indicaciones prácticas y orientaciones teóricas para la integración de la perspectiva de género en gestión de la atención sanitaria, con el fin de conseguir eliminar cuantos factores afectan negativamente a la carrera profesional de la mujer.

Esta situación aumenta la dificultad de que la mujer sea tenida en cuenta a la

hora de promocionarla a puestos de dirección o de mayor responsabilidad y dedicación.

Y también repercute negativamente en su salud con la aparición de trastornos musculoesqueléticos y de ansiedad, que a su vez aumentan la dificultad de que sea valorada para puestos de mayor responsabilidad.

Como consecuencia de lo expuesto, la mujer sufre un impacto negativo en su rendimiento laboral, que deteriorará su carrera profesional y la llevará a una menor valoración de sus méritos para la organización y dirección de la actividad profesional, lo que explica la percepción social del menor valor profesional de la mujer y el consiguiente predominio del hombre en todos los sectores del sistema sanitario: formación, gestión, investigación, asistencia, comunicación, etc.

Es, pues, necesaria una revisión conceptual y teórica de todos los factores de sesgo en el personal no sanitario del Sistema de Salud, para que la mujer trabajadora tenga las mismas oportunidades que los hombres de poder ocupar puestos de dirección y organización.

Por lo general las mujeres tienen que soportar mas carga de trabajo respecto al hombre, son las encargadas por lo general de llevar la casa haciendo las labores que eso conlleva como por ejemplo el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, hacer la comida.. sufriendo el trastorno del sueño por los horarios a turnos del trabajo y luego por el trabajo en el hogar.

5 Discusión-Conclusión

Desde siempre la mujer ha estado presente en el Sistema Sanitario, pero su labor estaba reducida casi siempre a trabajos de cuidados o de servicios, como son la cocina, lavandería, etc.

Sin embargo en la actualidad la mujer opta a ocupar, y ha ocupado, puestos de mayor responsabilidad sin abandonar sus papeles reproductor y cuidadora de la familia, lo que ha sido señalado como un factor limitador para que la mujer puede desarrollar plenamente su capacidad.

Por este motivo es necesario, por un lado, que la igualdad entre géneros sea integrada en la formación del personal desde su inicio, y por otro, aplicar conductas que lleven a una presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos de responsabilidad y dirección del conjunto del Sistema Sanitario.

6 Bibliografía

1. <file:///Users/gerardoroblesgarcia/Downloads/40210-Texto%20del%20art%C3%ADculo-52029-2-10-20121026.pdf>
2. https://www.consalud.es/profesionales/plan-igualdad-personal-sanitario-debera-formado-perspectiva-genero_111168_102.html
3. <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/perspectiva-de-genero-en-salud/>

Capítulo 286

EL CELADOR EN APOYO A LA DEAMBULACIÓN O MARCHA DEL PACIENTE HEMIPLÉJICO

LAURA CASERO HERNÁNDEZ

GONZALO RUBIO ARAQUE

ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ

GELDA VILLAMOR AGUADO

JAIME ORTIZ MARTIN

1 Introducción

Cuando hablamos de deambulación, nos referimos a movilizarse sin rumbo ni dirección.

La deambulación, es muy utilizada en hospitales y centros encargados de la salud como por ejemplo, residencias.

Se trata, de una “rehabilitación” como método de comienzo a volver a caminar tras un tratamiento quirúrgico o de un mantenimiento, con objetivo de que el paciente no pierda sus facultades motoras y físicas, es decir, su autonomía.

Podemos encontrar diferentes tipos de marchas según su patología:

- Marcha de pacientes con polineuritis: El paciente, evita arrastrar el pie, por lo que debe levantar aún más la pierna. Al final, cuando debe plantar el pie, lo hace primero con los dedos.
- Marcha atáxica o tabética: La pierna se levanta con mayor fuerza y rapidez, por lo que el pie cae de la misma forma.
- Marcha cerebelosa: Se trata de una forma de marcha con movimientos descoordinados.
- Marcha espástica: Las piernas y los pies se encuentran juntos, por lo que la forma de andar es impulsándose, son mover rodillas y con una rotación mas traumática para los tobillos.
- Marcha parkinsoniana: Los pasos son cortos y el cuerpo del paciente se encuentra rígido. Este tipo de marchas pueden dar lugar a caídas.
- Por último, encontramos, la marcha del hemipléjico, que será en la que nos centremos en lo siguientes apartados.

En este capítulo, hablaremos del paciente hemipléjico y de su problema para deambular, también, aconsejaremos la mejor forma para su deambulación.

2 Objetivos

Describir los distintos tipos de marcha hemipléjica y los aspectos a tener en cuenta por parte del celador en el apoyo en la deambulación del paciente hemipléjico.

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

Existen muchas situaciones en un hospital donde el enfermo necesite deambular, y como hemos reflejado, y es de suponer, esta deambulación o marcha, necesi-

tará, en la gran mayoría de los casos, una ayuda especializada y con técnica. Y hablamos del CELADOR.

El celador, ante estas situaciones, debe abordar ciertos protocolos para evitar que el paciente pueda caerse, o sufrir cualquier daño, así como, el mismo.

La marcha hemipléjica se caracteriza por la dificultad de flexionar los pies durante la marcha, por lo que da una sensación de que el paciente se encuentra erguido. Existen diferentes formas de marcha hemipléjica:

1. MARCHA EN ESTEPAGE

En este tipo de marcha, el pie cae en perpendicular, y para compensar este "defecto" la cadera del paciente se ve flexionada y elevada a la altura del muslo para levantar el pie, para posteriormente apoyarlo con los dedos. Por lo tanto, existe una flexión plantar, que puede ser perjudicial a un gran nivel.

Los mecanismo compensadores solo son eficientes si la hemiplejia no es muy severa.

En caso de ser más grave, deberá recurrirse a ayudas ortopédicas, mediante la aplicación de férulas.

2. MARCHA EN GUADAÑA O SEGADOR

"Movimiento en circunducción de cadera para compensar el equino de tobillo". Este tipo de marcha es utilizada cuando los mecanismos descritos anteriormente no son suficientes, por tanto el paciente debe utilizar otros mecanismos compensadores.

Podemos hablar de diferentes mecanismos compensadores:

- Inclinación de la parte superior del cuerpo hacia atrás y hacia el lado sano para elevar la pelvis y balancear el miembro que se encuentra dañado.
- Levantar la pierna con abdominales y miembro inferior glúteo y muslo.
- Por último, flexiona el tronco, teniendo una posición de balanceo.

3. HIPEREXTENSION DE RODILLA

Como la propia palabra indica, la hiperextensión, trata de realizar la marcha sin flexionar la rodilla al realizar el levantamiento, cayendo así, aún, con la rodilla

completamente estirada.

Este movimiento, requiere una rotación y elevación de cadera elevadas.

Por último, hablaremos de las distintas fases de apoyo:

En la fase inicial del apoyo, la flexión de rodilla se puede ver impedida, que posteriormente y de una manera paulatina se verá mejor realizada.

Durante la fase media la presencia de una hiperextensión de la rodilla se realiza con mayor facilidad. Una postura exagerada en extensión de la rodilla aparece cuando el fémur intenta avanzar más allá del rango de movilidad de la tibia, impedida por la flexión del tobillo, esto provocará una hiperextensión compleja de rodilla.

En la fase final del apoyo, debido a la postura forzada, pueden producirse desgastes a nivel de los huesos y músculos participantes.

5 Discusión-Conclusión

Es importante por parte del celador conocer los límites del paciente a la hora de la demabulación, así como las diversas formas que pueden encontrarse: marcha en estepage, hiperextensión de rodilla y marcha en guadaña o segador.

Esto, nos asegurará una ayuda y una marcha segura, sin que el paciente se sienta presionado o con una necesidad de “correr cuando está aprendiendo a andar”.

La importancia de la figura del celador es notoria, ya que tiene las técnicas para la deambulaci3n, y las técnicas suficientes para evitar caídas o en el caso de ser inevitable, las técnicas para levantar al paciente del suelo si sufriera una caída.

El acompañamiento del celador en esta etapa del paciente, requiere paciencia y puede ser muy satisfactoria para el hemipléjico.

Por todo y esto más, no podemos obviar la importancia de la figura del celador.

6 Bibliografía

<http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/120Marcha.htm>

Biomecánica de la marcha humana normal y patológica. IBV (instituto valenciano de biomecánica)

Capítulo 287

EL CELADOR Y LAS MEDIDAS DE HIGIENE BÁSICAS EN UN CENTRO HOSPITALARIO

JUAN ANTONIO LORENZO VEGA

1 Introducción

Hay una serie de medidas de aislamiento o precauciones estándar que se toma sin tener en cuenta si el paciente es infeccioso o no.

Son las más importantes para el control de las infecciones hospitalarias y las sigue todo el personal sanitario.

Las más destacadas son el lavado de manos; el uso de guantes, bata, mascarilla y protección ocular; así como el tratamiento del material del paciente y su habitación.

El AISLAMIENTO es el procedimiento o conjunto de procedimientos que se aplican a los pacientes que padecen una enfermedad infecciosa durante el periodo de tiempo en que esta puede ser transmitida; junto con la aplicación de otras medidas para impedir o evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

El fundamento es crear una serie de barreras físicas entre el paciente enfermo, considerado como fuente de infección, y el sujeto sano susceptible de la enfermedad. El aislamiento se utiliza a nivel hospitalario, pero en realidad es útil para cualquier tipo de entorno, incluido el domiciliario.

Las precauciones estándar se aplican a todos los pacientes sin tener en cuenta su estado infeccioso.

Básicamente, son el lavado de manos y el uso de guantes.

Las precauciones específicas son medidas de aislamiento adicionales, que varían según el diagnóstico del paciente. Las normas generales incluyen una habitación individual o compartida con alguien que tenga la misma infección. Esta debe permanecer con la puerta cerrada y un cartel indicando las medidas a respetar.

2 Objetivos

Dar a conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario como celador algunas cuestiones básicas relacionadas con las precauciones o medidas de higiene básicas que debemos de adoptar 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

Las medidas a adoptar son las siguientes:

- **Lavado de manos:**

Se lleven guantes o no, las manos deben lavarse antes y después de la atención a un paciente. Esta norma es un pilar básico para la prevención de infecciones nosocomiales. Hay dos tipos de lavado de manos: el higiénico y el antiséptico. En ambos, las manos se mojan con abundante agua; se aplica jabón con dosificador; se frotan por todas partes (dorsos, palmas, pulpejos, muñecas, etc.); y después se secan con toallas de papel. El grifo se cierra sin tocarlo, a través de dispositivos automáticos o, si no los hay, con la toalla de papel.

- **Lavado higiénico:** se realiza después de tocar un paciente y antes de tocar al siguiente, entre dos procedimientos distintos en un mismo paciente e inmediatamente después de quitarse los guantes.

- Lavado antiséptico: se lleva a cabo al salir de habitaciones de aislamiento y en determinadas circunstancias, como por ejemplo, un brote epidémico por bacterias multirresistentes.

Si no se dispone de un lavabo cerca, existen productos antisépticos, efectivos y que producen un lavado rápido y sencillo. Son soluciones de base alcohólica que deberían estar en la entrada de las habitaciones y en la cabecera de los pacientes.

- Uso de guantes:

Los guantes protegen tanto al personal como al paciente. No hace falta que sean estériles, pero sí deben utilizarse siempre que se vaya a tocar sangre y otros fluidos orgánicos, así como membranas mucosas o piel no íntegra. Los guantes tienen que cambiarse entre pacientes, entre procedimientos en un mismo paciente, o en caso de deterioro. Antes de ponerse los guantes nuevos, y después de quitárselos, es necesario realizar un lavado de manos.

- Uso de bata, mascarilla y protección ocular:

Siempre que se prevean salpicaduras de sangre, fluidos biológicos y secreciones en algún procedimiento es indispensable la utilización de bata, mascarilla y protección ocular, no necesariamente estériles. La bata protege la piel y la ropa de trabajo. La mascarilla y las gafas protegen las mucosas de los ojos, de la nariz y de la boca.

- Prevención de accidentes ante la exposición de sangre y fluidos corporales:

Para prevenir accidentes que puedan ocasionar salpicaduras o exposición de sangre u otros fluidos orgánicos, conviene extremar precauciones en el uso de agujas o instrumentos cortantes. Los centros deben facilitar esta precaución disponiendo materiales y técnicas a su alcance. Los dispositivos de bioseguridad son mecanismos sencillos basados en sistemas de protección del material punzante, minimizando así riesgos de lesión, exposición percutánea y contagio de enfermedades.

- Tratamiento del material del enfermo:

Una vez atendido un paciente el instrumental utilizado debe ser tratado de la forma más adecuada (limpieza, desinfección, esterilización, etc.).

Hay determinado material de uso exclusivo, como el orinal, que no puede ser utilizado por otro paciente a menos que sea desinfectado o esterilizado. La ropa de cama debe manejarse con cuidado y no sacudirse. Por lo que a platos, vasos y cubiertos se refiere, con el tratamiento estándar que realice el centro hay suficiente. Se lavan a una temperatura superior a los 80 °C y con detergente que contenga hidróxido sódico o agentes tensoactivos apropiados.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas expuestas en esta revisión ayudan a disminuir los factores de riesgo de contraer infecciones y enfermedades, tanto para el profesional como para el resto de pacientes que se encuentran en las instalaciones, por lo que su aplicación es vital.

Cada centro sanitario cuenta además con unos protocolos adecuados de limpieza y desinfección de habitaciones, incluyendo las superficies, el mobiliario y los aparatos fijos.

Gracias a la realización de una revisión BIBLIOGRÁFICA de la literatura científica hemos podido realizar una recopilación de las principales medidas y recomendaciones higiénicas que debemos adoptar los trabajadores del entorno sanitario, en concreto en nuestro caso como celadores.

6 Bibliografía

1- <http://celadoresonline.blogspot.com>

> ...

Tema 17. Normas de Higiene. Desinfección y Esterilización. Parte I

2- <https://cursosfnn.com>

> curso > prin...

Principios de la higiene de centros sanitarios para celadores - Cursos FNN

3- <https://www.fundacionsigno.com>

> ...PDF

Manual celador08.indd

4- <https://www.cgtsanidadlpa.org>

> ...PDF

TEMA 3 EL CELADOR EN RELACION CON LOS ENFERMOS - CGT Sanidad

5- <https://ingesa.sanidad.gob.es>

> ...PDF

Celador - Instituto Nacional de Gestión Sanitaria -

Capítulo 288

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOLORES REYES REYES

1 Introducción

El consentimiento informado (CI) es el documento por el cual queda constancia de la aceptación voluntaria del paciente a someterse a un procedimiento terapéutico o diagnóstico.

Antes de firmar el Consentimiento informado, el paciente debe estar completamente informado de todos los aspectos del procedimiento. La información deberá ser muy clara, exponiendo los riesgos y los beneficios para que el paciente pueda aceptar o rechazar el procedimiento con total responsabilidad y libertad.

El derecho a decidir someterse o no a cualquier tipo de intervención en materia de salud es exclusivo del paciente.

Por ello, en la mayoría de los países se ha ido configurando legalmente desde la segunda mitad del siglo XX. En España, lo regula la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

La información es el punto más importante del consentimiento informado, ya que, a raíz de ella, el paciente podrá aceptar o no someterse al proceso aconsejado por el facultativo médico. La información se debe dar al paciente siempre que este sea mayor de edad y esté en posesión de sus plenas facultades físicas y mentales,

y solo si él lo consiente se podrá dar esta información a otros terceros, como puedan ser los familiares.

2 Objetivos

Dar a conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como auxiliar administrativo, algunas cuestiones básicas relacionadas con la documentación en el ámbito sanitario, en este caso del consentimiento informado.

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 consentimiento informado debe cumplir estos requisitos:

- Capacidad: el paciente debe estar en sus plenas facultades y tener la habilidad de tomar decisiones.
- Voluntariedad: los pacientes deben elegir libremente aceptar o no el tratamiento sin coacción ni presiones ajenas. Hay veces que los pacientes no tienen el tiempo suficiente para reflexionar porque el tratamiento es de carácter urgente: en esos casos, el consentimiento es vulnerado.
- Información: la información debe estar debidamente explicada para que el paciente entienda todos los riesgos y beneficios del tratamiento al que se va a someter. El paciente puede decidir dejar el procedimiento en cualquier momento.
- Competencia: el paciente debe tener la capacidad comprensiva suficiente para entender toda la información.

Siempre que las circunstancias lo permitan, se debe informar con antelación al tratamiento para que el paciente tenga tiempo de deliberar.

Además, la información debe ser fácil, explicada sin demasiada terminología técnica, de manera que el paciente entienda bien todo el proceso por el que va a pasar. Se deben explicar bien los siguientes temas:

- Detallar los objetivos y el procedimiento del tratamiento. Por qué hacer ese tratamiento en concreto.
- Detallar los resultados que se espera obtener.
- Detallar y enumerar los riesgos a los que se somete el paciente. Hacer un balance de los riesgos/beneficios.
- Tratamientos alternativos.
- Consecuencias en caso de que el paciente no quiera someterse al tratamiento.
- El paciente debe saber que el consentimiento es revocable, es decir, que, si, en un momento dado, quiere abandonar, puede hacerlo con total libertad.

Existen excepciones a la hora de obtener el CI, por ejemplo, los pacientes menores de edad o con una incapacidad física o mental quedan a cargo de tutores legales, que, normalmente, son sus padres. En ese caso, el representante legal es el que debe tomar la decisión.

Si se considera al paciente como un riesgo para la salud pública, el consentimiento informado no será necesario para su ingreso u hospitalización. Si el riesgo es grave e inmediato y pone en peligro la integridad física o psíquica del paciente, el consentimiento informado se puede obviar. Además, también se puede dar una situación legal que exima del cumplimiento del CI o el rechazo expreso del paciente a recibir información.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la realización de esta revisión bibliográfica hemos podido conocer mejor en qué consiste el consentimiento informado, un documento de gran importancia para la realización de procedimientos diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, que debemos de conocer como parte de nuestra formación como auxiliar administrativo de una institución sanitaria.

Este documento sirve para que el paciente deje constancia de que se somete de forma voluntaria al procedimiento y tiene una gran importancia a nivel legal. Hemos visto que requisitos debe tener este documento así como que puntos es importante explicar de forma previa al paciente antes de que firme el documento.

6 Bibliografía

1- <https://www.juntadeandalucia.es>

› c...

Consentimiento informado - Junta de Andalucía

2- <https://www.riojasalud.es>

› elaboraci...

Elaboración del Consentimiento informado - Rioja Salud

3- <https://blog.signaturit.com>

› que-es...

El consentimiento informado del paciente: qué es y cómo utilizarlo

4- <https://www.msdmanuals.com>

› es-es

Consentimiento informado - Temas especiales - Manual MSD versión para ...

5- <https://www.elsevier.es>

› es-revista-r...

Consentimiento informado | Revista Médica Clínica Las Condes - Elsevier

6- <https://www.huvn.es>

› consentimient...

Consentimiento informado - Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Capítulo 289

EL DOLOR DE ESPALDA Y SU PREVENCIÓN PARA LOS TRABAJADORES SANITARIOS Y NO SANITARIOS DEL AMBITO HOSPITALARIO

CARMEN MARIA UFANO MAYOR

1 Introducción

Los dolores en la espalda y normalmente los que se dan en las zonas lumbares son la causa mas frecuente de baja laboral. Según un estudio sanitario reciente, por lo menos las 3 cuartas partes de la población ha sufrido de dolor intenso de espalda en algún momento.

Es tan frecuente esta dolencia que lleva consigo una de cada 3 bajas laborales en nuestro paisa, es el causante del 54,8 % de las jornadas de trabajo perdidas y provoca del 6 al 12 % de incapacidad laboral.

El esfuerzo físico se da en toda actividad laboral diaria.

En el ámbito laboral se produce principalmente por estar en posturas que no son las mas adecuadas, por el mal manejo de las cargas en el trabajo cotidiano y también por los movimientos repetitivos.

Cada vez es mayor la cantidad de trabajadores en los que se da esta patología.

Es básico que el personal implicado sea consciente del riesgo que corre la espalda cuando se utiliza de una manera inadecuada.

La carga de las actividades laborales del día a día como; la carga de pesos, el estar de pie o sentado; la manipulación incorrecta de pacientes o de mobiliario pueden causar una lesión perjudicial para la espalda.

2 Objetivos

Resaltar la importancia del dolor de espalda y otros trastornos musculoesqueléticos en el ámbito hospitalario, describiendo sus causas más frecuentes y algunas recomendaciones para su prevención.

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.

Se utilizaron palabras clave como: dolor de espalda, musculoesquelético ,salud laboral y prevención del dolor entre otras.

4 Resultados

Como se ha expuesto anteriormente, los dolores en la espalda, y normalmente los que se dan en las zonas lumbares, son la causa mas frecuente de baja laboral. Se observa que los trastornos musculoesqueléticos constituyen muchos de los problemas más importantes de la salud laboral.

Casi todos estos trastornos tienen relación con el trabajo. Algunos de ellos son: la repetición de los movimientos, el adoptar malas posturas, el manejo manual de cargas; entre otras.

Estas lesiones o trastornos se localizan principalmente en el cuello, la espalda, los hombros, los codos, las muñecas y las manos.

Es muy importante que las soluciones estén ligadas con las causas, ya que es la forma de conseguir la máxima eficacia.

El dolor se da por un mecanismo neurológico que lleva consigo la activación de los nervios que transmiten el dolor y también la aparición de la contractura muscular y con ello la inflamación. En ocasiones puede conllevar a la compresión de la raíz nerviosa.

Las causas mas frecuentes de todo esto son:

- La adopción de posturas incorrectas para la realización de tareas diarias.
- El inadecuado manejo manual de cargas como: el levantamiento, el desplazamiento.
- Los Movimientos repetitivos mantenidos en el tiempo y sin ninguna pausa.
- La exposición a las vibraciones: las que mas afectan son las de alta frecuencia, de más de 20hz, pero en general entre los 4 y 50hz también producen graves alteraciones osteoarticulares.

También influyen mucho los factores psicosociales y los factores médicos.

Algunas recomendaciones para evitar estos daños son:

- Evitar el sedentarismo.
- Tener una Actividad física y hacer ejercicio regularmente.
- Mantener una actitud mental positiva ante las pequeñas molestias o dolencias.
- Reducir las posturas forzadas y continuadas en el tiempo.
- Evitar los movimientos que sean repetitivos.
- Tener cuidado ante la manipulación manual de las cargas.
- Reducir los impactos repetidos y las vibraciones.
- Cumplir las normas de Higiene postural y de Ergonomía aplicadas al puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Las soluciones para prevenir estos riesgos deben de ajustar el trabajo a las personas y no al revés.

Transmitir una base de conocimientos básicos sobre la columna vertebral a los trabajadores sirve para entender como se produce y por qué se da el dolor de espalda.

La ergonomía y los factores de riesgo en la Salud laboral deberían de revisarse de manera sistemática en cada puesto de trabajo mediante las revisiones periódicas de los trabajadores.

Con las recomendaciones expuestas en este capítulo se contribuye en gran medida a la prevención de lesiones y de los trastornos ergonómicos.

Desde la actitud de prevención, no cabe duda alguna de que el mejor método para abordar un problema es evitando que éste se llegue a producir.

6 Bibliografía

1. Prevención del dolor de espalda. (Sitio en Internet) Disponible en: <http://www.espalda.org/divulgativa/prevencion/comoevitar.asp>.
2. El dolor de espalda> Causas del dolor. (Sitio en Internet) Disponible en: <http://www.espalda.org/divulgativa/dolor/causas/causasdolor.asp>.
3. <http://revistaenfermeriacyl.com>.

Capítulo 290

CÓMO GESTIONAR LOS RESIDUOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS

DAVID DIAZ MARIANO

ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ

1 Introducción

El sector alimentario es probablemente es que más residuos genera en nuestro país, por lo que se hace necesario establecer un plan de gestión y una recogida de los residuos se pueden aprovechar al máximo y mejorando el medio ambiente. En las cocinas hospitalarias, además del Diseño del Plan de Gestión de Residuos, deberá haber un Plan de Vigilancia y un sistema de medidas correctoras, por supuesto, dejar constancia y registros de envíos a empresas autorizadas que se hacen cargo de los distintos desperdicios y residuos. En un hospital se generan todo tipo de residuos y cada uno de ellos ha de sufrir un tratamiento diferente, residuos urbanos, entre otros. Estos se clasifican y eliminan por procedimientos especiales, previstos por distintas normativas, para garantizar la seguridad en el medio hospitalario y de la población. El Reglamento 852/2004 de la U.E Dentro del complejo hospitalario, la cocina es un servicio que tiene asociado un gran impacto ambiental, consume mucha energía al mismo tiempo hay un margen

de mejora muy importante y el volumen de compra permite orientar la política convencional en las compras. Es importante para el medio ambiente que haya un buen reciclado de los residuos procedentes de las cocinas hospitalarias, no solo de esta sino de todo el complejo hospitalario.

2 Objetivos

Exponer la correcta gestión de residuos en las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

La información que he buscado de varias páginas de internet, explica muy bien el tema tratado de gestión de residuos, las medidas que se deben aplicar la regla de las tres R, para reducir, para, recupera, reciclar los residuos al máximo para contribuir con el medio ambiente, estas páginas Restauración colectiva.com, Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y <https://www.estudiahosteleria.com/>.

4 Resultados

Para una buena gestión de residuos que generamos, se deberá previamente aplicar la regla de las tres r, reutilizar, reciclar y reducir. Una vez clasificados, lo que no vale eliminarlo de forma controlada los recursos inservibles. La normativa sobre residuos en nuestro país está regulada principalmente sobre la Ley 22/2011 de residuos y suelos contaminados derivada de la Directiva 2008/98/CE del Parlamento Europeo podemos decir que , un residuo es cualquier sustancia u objeto considerado como desecho y del cual nos desprendemos. Se clasifican Grupo I o Residuos asimilables a urbanos. Grupo II o Residuos Sanitarios no específicos. Grupo III son los residuos sanitarios específicos o de riesgo. Grupo IV o Residuos Sanitarios especiales. Medidas de 85 por 110 cm. aproximadamente y galga como mínimo de 200 .la galga quiere decir el peso máximo que resiste la bolsa. Se deberán cerrar primero las bolsas de basura, no se deben de utilizar. Procedente en su mayoría de cafeterías y cocinas. Gestión: bolsas para papeleras: color gris o negros. Medidas de 50 por 55 cm. aproximadamente y galga como mínimo de 125. Las bolsas de basura se cerrarán previamente. Bolsas para Contenedores: color gris o negro y la gestión en contenedores de residuos urbanos municipales. Los trabajadores de la cocina deben de estar informados y formados que hay un plan de gestión de residuos así para realizar, el control y vigilar que

se cumple correctamente, todo fallo tiene que quedar correctamente registrado. Los residuos gaseosos como humos de combustiones en planchas, fogones, etc.; y otros son emitidos a través de campanas extractoras y chimeneas al exterior del local. El cuarto de basuras y contenedores deben limpiarse con bastante agua potable, con una manguera con suficiente presión, de modo que el agua pueda echarse lo mejor posible hasta que llegue a cubrir.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir, que es además un problema cultural y económico y de educación ambiental, aparte de ser un problema sanitario e higiénico de los establecimientos, también lo es del medio ambiente por los residuos no biodegradables (plásticos, envases) y orgánicos, de contaminaciones de aguas, etc., por lo que las empresas y las administraciones que deben de tener el deber de dar, información y formación a los empleados. Para que la gestión de residuos se debe realizar lo mejor posible, contribuir en el medio ambiente y contaminar lo menos posible e intentar de generar residuos lo menos posible. El reciclaje de los residuos tiene que gestionar.

6 Bibliografía

1. Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados.
2. Ed. Vértice. 2007 <https://www.estudiahosteleria.com/>.

Capítulo 291

UNA BUENA NUTRICIÓN Y LA IMPORTANCIA DE ESTA EN LOS HOSPITALES

MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS

DAVID DIAZ MARIANO

ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ

1 Introducción

Un buen seguimiento del paciente de una buena nutrición comprueba la eficacia y detecta complicaciones, una vez que le dan el alta al paciente se le dará pautas a seguir para que continúe con una nutrición equilibrada que ayudara a una pronta recuperación. El plan de atención de nutrición nutricional tendrá un seguimiento especial. La terapia nutricional, en casi todos los casos, se corresponderá con una prescripción dietética sin o con el uso de suplementos orales. En este sentido, para mejorar la aceptación de las dietas hospitalarias, la tendencia actual es intentar hacer prescripciones dietéticas más permisivas, evitando que el paciente tenga restricciones. La variedad de dietas hace que se hace diariamente en un hospital deben elaborarse numerosas platos que hacen más difícil la preelaboración y elaboración en cocina, por lo que el reparto y de funciones y en coordinación con dietistas y personal de cocina la gestión tanto de estas producciones,

tienen que garantizar una calidad organoléptica y microbiológica homogénea del primer al último plato, para que el bienestar del paciente y la pronta recuperación del mismo. La desnutrición con la enfermedad está relacionada y es un gran problema común en todos los niveles de la asistencia sanitaria. Cuando el paciente ingresa se le hace una entrevista para poner en el historial alergias o intolerancias donde queda registrado para una buena prescripción médica para elaborar las dietas para que tenga una mejoría aparte del tratamiento médico que tiene que recibir según sus dolencias.

2 Objetivos

Exponer la importancia de una buena nutrición 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

Hay multitud de dietas, en muchos hospitales los pacientes ingresados pueden pedir los menús que quieren siempre supervisado por especialistas, una vez ingresado el paciente el nutricionista les hace un informe con lo que pueden comer se le adapta la dieta y los pacientes eligen entre varios platos donde los nutrientes están repartidos para que a lo largo de la estancia del enfermo llegue a una pronta recuperación. Para descubrir los hábitos y gusto de los pacientes que ingresan y hacerle el historial, es el nutricionista el que hace el informe clínico. Las comidas que se ofrecen en el hospital, algunos pacientes opinan que son diferentes, no es que tengan menos calidad o que no sean igual de las que comemos en casa. Los sabores son agradables al paladar para hacer la estancia lo más agradable al paciente, por ello aunque se elaboran con poca sal para algunas dietas, pero en general son muy nutritivas especialistas en nutrición hacen el informe para que quede registrado y llegue la dieta adecuada a planta.

Hay pacientes especiales como los oncológicos que tienen unas dietas especiales prescritas por los especialistas, no quiere decir que las demás dietas no sean buenas, si no que se pone más atención a estos pacientes por la patología especial que tienen, porque siempre buscan lo mejor para cada caso y sea más agradable la estancia en el hospital, los avances en la práctica clínica y las nuevas tecnologías en tratamientos médicos y quirúrgicos contra enfermedades anteriormente incurables, así como poder tener la posibilidad de nutrir a los pacientes cuando no pueden comer, es necesario incluir también estas tecnologías de comidas en el hospital, mediante la creación de Unidades de Nutrición Clínica y Dietética.

5 Discusión-Conclusión

Siempre se debe comprobar la petición de una dieta correcta para que pueda cubrir los aportes de nutrientes según la necesidad de cada paciente para que a la hora de elaborar en las cocinas, y montar en las bandejas y a la hora distribuir en planta, le pueda llegar al paciente la dieta que mejor le va para su patología. En conclusión esto quiere decir que la labor de una buena nutrición, es que pueda elaborar el especialista en nutrición para evitar situaciones que pueda perjudicar y prevenir intolerancias y alergias. Deben estar pensadas para cubrir las necesidades de la mayoría de pacientes ingresados, por eso se le da tanta importancia el papel del nutricionista y la de los dietistas por ello se debe de hacer las entrevistas y elaborar el informe que se debe registrar para tener buena información y que el paciente pueda evolucionar lo mejor posible.

6 Bibliografía

1. <https://ingesa.sanidad.gob.es/>.
2. <https://www.blogdehla.es/>.
3. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/nutricion>.

Capítulo 292

LOS ALIMENTOS Y SU MANIPULACIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS

DAVID DIAZ MARIANO

ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ

1 Introducción

Mediante este reglamento se establecen los principios y los requisitos de la legislación alimentaria y se creaba la Autoridad Alimentaria Europea., el Código Alimentario Español (CAE) ha sido la norma española que ha tenido por finalidad definir, entre otros conceptos, lo que debía entenderse por alimento. Pero desde el 1 de febrero de 2002, los países miembros de la Unión Europea se han equipado de una opinión jurídica igual para de señalar a los alimentos, propagarse el Reglamento CE nº178/2002, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 28 de enero de 2002. Para ello es bueno tener unas buenas prácticas de higiene y manipulación de los alimentos, por todo ello los trabajadores que manipulan los alimentos, es de importancia vital que reciban una buena formación precisa

y actual para evitar intoxicaciones alimentarias y que llegue al consumidor los alimentos con la mayor inocuidad posible.

El consumidor tiene que tener la garantía y tener a su alcance alimentos seguros y de calidad para no tener intoxicaciones y enfermedades, por eso hay que tener una buena higiene de los alimentos. Hay que prestar atención y cuidado para que no se contaminen y provoquen enfermedades. Por ello durante el transporte, la manipulación, la producción y elaboración de los alimentos es importante de que no se contaminen. Como comentábamos anteriormente, para hacer alimentos sin riesgos, es importante tener una buena formación para llegar a los resultados esperados se deben de realizar unas buenas prácticas higiénicas.

2 Objetivos

Exponer la correcta manipulación de alimentos en las cocinas 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los principales causantes de la contaminación de los productos alimenticios son las bacterias. Se encuentran en cualquier aire, suelo, agua, etc.; e incluso en las personas y animales. Pueden estar en el alimento o se transmite del manipulador. Las enfermedades de transmisión alimentaria más frecuentes están causadas por microorganismos hongos, bacterias, virus, etc. La mayoría de estas enfermedades se caracterizan por períodos de incubación cortos. Además, todas presentan síntomas similares dolores abdominales diarrea, vómitos y fiebre que necesitan pronto un tratamiento adecuado. Sin embargo, algunas enfermedades pueden llegar a ser mortales.

Una herramienta imprescindible para la cuando se manipulan los alimentos son unas buenas prácticas y es básico para hacer alimentos que sean seguros para el

consumo humano, podemos decir que una higiene, conservación, la limpieza en el transporte, lleva a la seguridad de una producción de alimentos seguros para su consumo. Las materias primas podemos diferenciar las refrigerada o congelada deberá asegurarse que en su transporte no se haya roto la cadena de frío y almacenarse en pales o estanterías nunca directamente en el suelo. El documento que se debe de rellenar de los productos hora de llegada, proveedor, cantidad y lote. En caso que la mercancía sea en frío, se debe anotar la temperatura a la que llegan, la mercancía refrigerada tiene que estar entre 0° y 5 °C, que harán que los microorganismos se multipliquen más lentamente consiguiendo una vida útil mayor. La mercancía congelada a -18 °C, así los microorganismos mueren permitiendo conservar el producto por más tiempo mosca y contaminante del medio ambiente como humo, polvo, deben existir tabiques o separaciones para impedir la contaminación cruzada y las puertas y ventanas deben impedir la entrada de animales domésticos, roedores, insectos. Tiene que a ver un amplio espacio, para impedir la contaminación cruzada, realizar eficazmente las operaciones de limpieza y desinfección, los trabajadores deben se realizar en cada momento necesario. El agua utilizada debe ser potable, ser provista a presión adecuada y a la temperatura necesaria, los utensilios para la manipulación de alimentos deben ser de un material que no contengan sustancias tóxicas, olores ni sabores. Las tablas con las que se trabaja evitar maderas y de productos que puedan corroerse y garantizar que las operaciones que se realicen higiénicamente desde la llegada de la materia prima hasta obtener el producto terminado. Los trabajadores Todo el personal que manipule alimentos, debe mantener la higiene personal, debe llevar el uniforme, calzado adecuado gorros y guantes, no trabajar con joyas, durante la manipulación de materias primas y alimentos. Otras como comer, fuma mientras manipulan los alimentos deben de evitarlo. Con una buena formación debería ser todo lo necesario para evitar enfermedades e intoxicaciones del usuario.

5 Discusión-Conclusión

Poner más interés en aquellas etapas o procesos que pueda requerir la manipulación de los alimentos y tener siempre presente que se tiene que formar a los trabajadores de forma correcta y decir que la seguridad alimentaria es el conjunto de medidas que debe de garantizar que los alimentos deben de llegar al consumidor sean buenos y conservar todas sus propiedades y nutrientes. Para garantizar y evitar intoxicaciones de origen alimentario y es de vital importancia conocer y cumplir con la normativa de higiene en toda la higiene alimenticia. Cuando las condiciones son adecuadas para ellas, y muchas de estas pueden perjudicar

a las personas. Vómitos, diarreas y fiebres son comunes en las intoxicaciones alimentarias, siendo incapacitantes por un periodo de tiempo y que, en los casos más graves, puede incluso causar la muerte de los intoxicados. Por todo ello es de vital importancia una buena formación en manipular alimentos.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/>.
2. <https://www.consumer.es/seguridad-alimentaria>.
3. <https://www.grupoioe.es/>.

Capítulo 293

TRATAMIENTO DEL DOLOR Y SUS TIPOS

AMELIA AGUARON LANGARITA

1 Introducción

En el día a día se nos presentan distintos dolores bien producidos por malas posturas o demasiada carga de trabajo o bien los que se producen por distintas causas como pueden ser los dolores de cabeza surgidos por estrés o por tener algún componente hereditario teniendo así cierta predisposición a que esto ocurra.

Podemos definir el dolor como una sensación molesta que limita la habilidad y la capacidad de las personas que lo sufren, a la hora de realizar las actividades cotidianas del día a día.

La Asociación Internacional para el estudio del dolor define dolor como "Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño".

Muchos tipos de dolor puede aliviarse al menos en parte, con medidas como el reposo, la aplicación de frío o calor localizado, los masajes y técnicas más novedosas como la electroestimulación o la acupuntura que tuvo bastante relevancia años atrás.

Que duda cabe que desde la industria farmacéutica se presentan en el mercado diferentes fármacos utilizados para aliviar el dolor, en sus distintas presentaciones.

Tenemos que prestar atención a los dolores, ya que en ocasiones pueden ser una señal que envía nuestro cuerpo para alertarnos de que algo no funciona bien en nuestro organismo.

2 Objetivos

- Conocer la definición de dolor, como afecta a nuestro día a día y los posibles tratamientos farmacológicos que tenemos a nuestro alcance para poder mitigar las molestias que ocasionan.
- Describir los distintos tipos de dolor.

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 se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos consultando diferentes artículos que versan sobre esta temática.

4 Resultados

En la actualidad la sociedad se encuentra aquejada de muchos y distintos tipos de dolor, se estima que más del 20 % de las consultas realizadas en una farmacia están relacionadas con algún tipo de dolor, ya sea crónico, leve, moderado o agudo.

Debemos de tener claro cuando tenemos que acudir al médico, no subestimar ciertos dolores que pueden traer tras de sí ciertas enfermedades mucho más graves, como ciertos dolores de espalda que esconden un cáncer de pulmón por ejemplo. Distintos tipos de dolores podrían ser:

- Dolor agudo:

El dolor agudo es un fenómeno de corta duración, suele estar claramente localizado y su intensidad se relaciona con el estímulo que lo produce. Este dolor produce un estado de excitación y estrés que conlleva un incremento de la presión arterial.

- Leve, moderado o grave:

Se considera dolor leve cuando no interfiere en las capacidades de la persona que lo sufre para realizar las actividades cotidianas y moderado cuando interfiere en estas capacidades, en cambio se torna grave si el dolor interfiere también en el descanso.

- Crónico:

Este tipo de dolor tiene una duración de más de 3 o 6 meses, es decir, se prolonga más allá de la curación de la lesión que lo originó o bien proviene de una afección crónica. Es un dolor que está muy influenciado por distintos factores como los psicológicos, ambientales y afectivos.

- Neuropático:

El dolor neuropático, se origina por un estímulo directo del sistema nervioso central o una lesión de los nervios periféricos.

Aunque se debe a causas muy diferentes, presenta características comunes en muchos pacientes, como hormigueo, pinchazos, quemazón u opresión.

- Nociceptivo:

El dolor nociceptivo es el que está causado por la activación de los receptores del dolor en respuesta a un estímulo. Suele haber una relación directa entre su intensidad y la gravedad de la agresión.

El dolor es un mecanismo de defensa y nos ayuda a estar alerta para proteger nuestro cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

Me parece fundamental tener en cuenta que los dolores pueden ser un indicativo de que algo no funciona bien en nuestro organismo, tenemos que aprender a estar alerta de las señales que nos envía nuestro cuerpo y saber distinguir de entre los diferentes tipos de dolores que sufrimos, los que nos pueden causar algún problema mayor.

Considero importante conocer los remedios que nos ofrece la farmacología , pero también el saber poner en práctica otro tipo de remedios como pueden ser los masajes, la termoterapia, el reposo relativo, etc.

Tanto la aplicación de calor como de frío pueden ayudar a mitigar el dolor y los masajes aplicados por fisioterapeutas pueden aportarnos relajación muscular y favorecen la flexibilidad.

6 Bibliografía

1. Medline.
2. Revista El farmacéutico.

Capítulo 294

EL CELADOR EN EL AREA DE URGENCIAS. CELADOR DE PUERTA

DIEGO PILLADO CASTRO

1 Introducción

Las Unidades de Urgencias hospitalarias son los Servicios de Urgencias de los Hospitales y Especialidades. Pertenecen orgánicamente al Servicio especializado de Cuidados Críticos y Medicina Intensiva del Hospital en que se ubican. Prestan atención y asistencia sanitaria especializada las veinticuatro horas. Todo hospital debe garantizar la asistencia en todo momento a cualquier tipo de urgencia médica, tanto interna como externa, bien de forma completa o bien parcial, para una vez asistida poder remitirla a otro Centro de nivel superior.

Según los servicios que puedan ofrecer el Servicio de Urgencias de un Hospital, se pueden distinguir Hospitales de:

- Nivel 1: es el de menor nivel de especialización.
- Nivel 2: aumenta el número de especialidades médicas respecto al del Nivel 1.
- Nivel 3: hospitales de Referencia donde se atienden todas las especialidades médicas.

La organización del área de Urgencias es programada en cada Hospital en particular y dicha organización depende de los Servicios y Especialidades que pueden ofrecen a los usuarios. Dependiendo de la estructura del Servicio de Urgencias, se tendrán que ubicar el número de Celadores necesarios para asegurar un correcto funcionamiento del área de Urgencias.

Dentro de los distintos servicios que prestan los Celadores en Urgencias (Celador de triaje, Celador circulante, Celador de traumatología, etc.) vamos a particularizar en las características del puesto de Celador de Puerta.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del Celador de Puerta en el área de Urgencias.
- Exponer la actuación del Celador de Puerta con respecto a los familiares del paciente en Urgencias.

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 bases de datos como Medline, etc.; seleccionando algunos de ellos con contenido relacionado al Capítulo a realizar.

4 Resultados

El paciente es el protagonista fundamental, por lo que toda la organización funcional del área de Urgencias debe girar en torno a él o ella y sus familiares, adaptando los flujos asistenciales a sus necesidades asistenciales.

El Celador de Puerta es la primera persona que recibe al paciente y sus familiares, siendo una pieza importante en la organización del área de Urgencias. Vamos a enumerar algunas de sus funciones:

1. Control del flujo de pacientes en el área de Urgencias:

Resulta fundamental la acogida del paciente y familiares, entendiendo como tal un proceso continuado que alcanza más allá que el momento de la entrada en la Unidad de Urgencias y que debe ser asumido en toda la estancia del paciente y familiares para conseguir:

- Disipar miedos, con ánimo de conseguir un ambiente de confianza.
- Generar el sentimiento de que el fin prioritario de todo el personal del Servicio de Urgencias es atender al paciente lo mejor posible.

Para alcanzar dichos objetivos es fundamental que todo el personal mantenga una actitud, tanto con el paciente como con sus familiares, de amabilidad y disponibilidad.

2. Control de entrada de pacientes a Urgencias:

A la llegada del paciente a la puerta de entrada de la Unidad de Urgencias, se le ubicará en una silla de ruedas o una camilla, atendiendo a estos criterios:

- En camilla se ubicarán aquellos pacientes que lleguen en ambulancia, presenten bajo nivel de conciencia, estén imposibilitados para sentarse o flexionar sus extremidades inferiores o cuando algún médico lo estime oportuno.
- En silla de ruedas se ubicarán el resto de pacientes a excepción del paciente pediátrico.
- En caso de que el paciente se niegue a ser trasladado en cualquiera de las formas anteriores se le hará saber responsable de cualquier situación que se derive a su actitud.

El paciente, con un familiar, será conducido a la zona de Admisión de Urgencias, remitiéndose a la sala de espera de familiares al resto de acompañantes, excepto en el supuesto de pacientes pediátricos en los que se solicitará un familiar distinto al que acompaña al enfermo para facilitar los datos precisos ya sean administrativos o de otro tipo en Admisión de Urgencias.

El familiar que acompaña al paciente, excepto en los enfermos pediátricos que deberán permanecer siempre junto a éste, quedará inicialmente en contacto con el personal de Admisión de Urgencias, para suministrar los datos administrativos necesarios y finalizados éstos se incorporará a la sala de espera de familiares.

La toma de datos administrativos deberá realizarse en la sala de recepción o triaje pues es una premisa funcional básica que no se puede demorar la atención al paciente por motivos administrativos en algunos casos concretos como paciente sin acompañamiento, etc. En los pacientes pediátricos, caso de existir sólo un familiar, siempre acompañará al enfermo.

Existen dos excepciones a este circuito básico inicial desde la puerta de Urgencias a la recepción del paciente:

- Enfermos cuya situación clínica indique su ingreso directo en reanimación.
- Los enfermos que tengan heridas sangrantes que no presenten situación crítica, serán llevados a la Sala de Curas de Traumatología, donde se le hará la cura inicial y se les realizará la filiación y el triaje.

3. Control de la salida desde Urgencias:

Los pacientes una vez atendidos pueden abandonar el Servicio de Urgencias por 2 circuitos:

- Paciente que ha sido atendido en el área de Urgencias y se va de alta. El Celador deberá consultar como se va el paciente. Si el paciente se marcha por su propio pie, el Celador deberá facilitar el encuentro entre el paciente y la familia, intentando que dicho paciente salga acompañado de las instalaciones hospitalarias.
- Paciente atendido en el área de Urgencias sube a Planta para su ingreso.

4. Control de Familiares:

La puerta de acceso a la Unidad de Urgencias debe ser utilizada únicamente para

la entrada de pacientes de dicha Unidad.

El Celador que se encuentre cumpliendo su labor en la puerta de Urgencias deberá tener una actitud seria, recta y responsable pues de su buen hacer depende en buena medida el normal funcionamiento del resto de situaciones posteriores. Deberá mantener una postura cordial, flexible pero a la vez firme en el cumplimiento de las normas.

Deberá interesarse por toda persona que entre por la puerta de Urgencias, identificando al paciente y comunicar a su vez a los acompañantes donde está la Sala de Espera.

Una vez que los familiares estén en la Sala de Espera pueden ser requeridos por los médicos para cualquier tipo de consulta, debiendo el Celador de Puerta solicitar la identificación de los familiares o acompañantes, debiendo limitar la entrada en cuanto a número, sugiriendo una rotación entre ellos para intentar aliviar el nerviosismo y la ansiedad ante la espera.

5 Discusión-Conclusión

Una buena organización en el Servicio de Urgencias es fundamental para el correcto funcionamiento de dicho Servicio, teniendo en cuenta que una atención rápida es básica para tratar las necesidades del paciente que ingresa en Urgencias.

Para ello es necesario que todo el personal que trabaje en el Servicio de Urgencias conozca perfectamente cuales son las funciones dentro de dicho Servicio.

En todo caso el Celador de Puerta además de cumplir con todas las funciones que tiene asignadas, debe tener sensibilidad en el trato a las personas, ya que es dicho Celador el primer miembro del personal hospitalario que tiene contacto con el paciente enfermo y sus familiares que normalmente llegan en un estado de nerviosismo y angustia. Es conveniente aplicar los principios de la escucha activa y la empatía.

6 Bibliografía

1. Celador (Editorial MAD, Marzo 2018).
2. Guía de Actuación en Urgencias (Editorial Panamericana, 2019).

Capítulo 295

PLAN DE EMERGENCIA INTRAHOSPITALARIA. ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA EMERGENCIA

DIEGO PILLADO CASTRO

1 Introducción

La seguridad en las Instituciones Sanitarias es algo fundamental por razones que en principio parecen obvias. El término seguridad es un conjunto de medidas y actuaciones creadas para evitar o reducir los riesgos generados en el desarrollo de nuestra actividad laboral. Nuestra actividad debe realizarse con la garantía de que no altere nuestra actividad física y psicológica.

En los Centros Sanitarios hay una gran diversidad de instalaciones y actividades, por lo que pueden acabar apareciendo importantes riesgos. Un Hospital debe estar preparado para actuar ante una posible catástrofe y para ello existen los Planes de Emergencia. Estos Planes pretenden optimizar los recursos existentes para controlar la evolución de la emergencia y disminuir sus consecuencias, tanto físicas como económicas.

- Clasificación de las Emergencias:

Las emergencias hospitalarias se pueden clasificar según su localización o según su gravedad:

1. Según su localización se dividen en:

- Internas: el origen está en el propio Hospital y afecta a los servicios que desempeñan. Por ejemplo, una alarma de bomba en la UCI, aunque las más comunes son causadas por el fuego.

- Externas: el origen es exterior al Hospital y puede afectar o no físicamente pero pueden prestar servicios. Un ejemplo sería un accidente de avión y que los heridos acudan al Hospital.

2. Según su gravedad se dividen en:

- Conato de emergencia: es cuando el accidente es controlado rápidamente y de forma sencilla por el personal y medios de protección de la zona donde se produce.
- Emergencia parcial: para controlar el accidente es necesario que actúen equipos especiales de la zona del suceso. las zonas colindantes y las terceras personas no resultan afectadas no resultan afectadas.
- Emergencia general: es precisa la actuación de todos los equipos y medios de protección del Hospital y también la colaboración de medios de socorro exteriores. Algunas zonas del Hospital pueden ser evacuadas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar el concepto de Plan de Emergencia Hospitalario. Plan Contra Incendios, características.

Objetivos secundarios:

- Enumerar las funciones del Celador ante una Emergencia Hospitalaria.
- Exponer algunos tipos de evacuación.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha hecho una investigación que consiste en la revisión bibliográfica de la literatura existente. Se ha realizado una búsqueda de libros y se ha consultado artículos de una serie de bases de datos como Scielo, etc.; seleccionando algunos de ellos con contenido relacionado con el capítulo a realizar.

4 Resultados

Una emergencia en un Hospital se caracteriza por desconocerse el momento de su aparición y por hacerlo de forma súbita. Por eso es necesario elaborar un Plan de Emergencias para situaciones que se presenten dentro del propio Hospital. En

este Plan de Emergencias se describirá las características del edificio y de sus instalaciones además de las actuaciones ante cada tipo de emergencia.

La principal causa de catástrofe interna en un Hospital es el incendio por lo que dentro de dicho Plan de Emergencias habrá un Plan Contra Incendios, que cobra una especial importancia.

1. Plan Contra Incendios:

El sistema de protección ante un incendio está constituido por medios:

Materiales:

- Sistemas de detección de humos.
- Alarmas, sirenas, megafonía.
- Medios de extinción (extintores móviles, bocas de incendio).
- Medios de protección personal (cascos, botas, guantes, etc.).

Humanos: los trabajadores del Hospital deben tener una formación sobre Seguridad Contra Incendios y estar acreditados para usar los materiales necesarios.

2. Las causas más frecuentes de un incendio hospitalario son:

- Los aparatos eléctricos.
- Las instalaciones de calefacción.
- Los gases medicinales.
- Los hornos incineradores.
- Los incendios en la cocina.
- Los cigarrillos mal apagados.
- Los líquidos inflamables.

3. Las Normas de prevención para evitar incendios serán:

- Prohibir fumar en todo el Hospital y zonas adyacentes.
- Almacenar sólo la cantidad necesaria de líquidos inflamables.
- Respecto a los gases medicinales, se abrirán las válvulas de las bombonas sólo cuando sea necesario.
- Comprobar que todos los aparatos eléctricos no usados están desenchufados.
- Revisar la instalación eléctrica y reparar las averías.

4. Respuestas según el tipo de alarma:

- Alarma local: el incendio es extinguido con rapidez por el personal y los medios de la zona donde se produjo el incendio.
- Alarma restringida: el incendio sólo afecta a una zona concreta pero para sofocarlo es necesaria la participación de equipos especiales del Hospital y de los bomberos.
- Alarma general: es necesario evacuar todo el Hospital.

5. Pasos que se realizarán ante una alarma por emergencia:

- Cadena detección-alarma: al detectar una emergencia se avisará al Centro permanente ocupado por medio de teléfono, sirena o cualquier otro medio.
- Valoración de la gravedad y movilización de equipos: la persona responsable será avisada y evaluará la situación y movilizará los equipos necesarios.
- Avisar e informar a las ayudas externas: enviar a una persona para recibir e informar a estos equipos de ayuda.

- Evacuar el Hospital: la mejor forma sería trasladar a los pacientes en sus camas o en sillas de ruedas pero esto no suele ser posible y así el traslado será:

Levantamiento: son los más rápidos y los que necesitan menos esfuerzo (pacientes delgados).

Arrastre directo: es la indicada cuando existe humo, requiere gran esfuerzo y son lentos. No se puede usar en evacuaciones por escaleras.

Arrastre con silla: es rápido y seguro pero necesita un gran esfuerzo y no se puede usar en las evacuaciones por escaleras.

Arrastre de colchón: es seguro pero muy lento, con necesidad de gran fuerza física.

Se elegirá un tipo de traslado u otro dependiendo del tipo de enfermo, de la vía de evacuación y del tipo de evacuación (horizontal o a través de escaleras).

6. La Actuación del Celador en el Plan de Emergencias:

Cada Hospital tiene su propio Plan de Emergencias pero las funciones del Celador suelen comunes:

- Informar inmediatamente y tratar de controlar la situación hasta la aparición del responsable.
- Realizar las órdenes del Jefe de Personal Subalterno y del Personal Sanitario.
- Trasladar a los enfermos a los lugares indicados con la mayor rapidez y seguridad posibles.
- Paralizar los ascensores y montacargas.
- Cerrar puertas y ventanas de los servicios y almacenes.
- Recibir a las ayudas exteriores.
- Todas las funciones indicadas por un superior para el beneficio de todos.

El Hospital de tipo vertical es menos seguro que los de tipo horizontal, el traslado de pacientes es más lento.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad en las instalaciones de un Hospital se antoja fundamental y es uno de los principios básicos que se deben tener en cuenta. No hace falta recordar

que un Hospital está ocupado por pacientes enfermos, de los cuales una gran mayoría tiene problemas de movilidad, por una u otra causa.

Por esa razón es necesario, en caso de producirse alguna emergencia, tener perfectamente desarrollado un Plan de Emergencias que defina todos los pasos a seguir en este caso. También es muy importante que toda la plantilla del personal del Hospital tenga claro la forma de actuar en caso de emergencia (realizar simulacros periódicamente, formación del personal, conocimiento del Plan por todos los trabajadores).

Particularmente deben existir una serie de trabajadores que tendrán una formación específica en la seguridad contra incendios y estarán adiestrados para usar los materiales necesarios. Una gran parte de dichos trabajadores son Celadores.

6 Bibliografía

1. Manual del Celador de Instituciones Sanitarias (Editorial MAD, Marzo 2018).
2. Logística Sanitaria en Emergencias (Editorial Altamar, Febrero 2016).

Capítulo 296

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA

MONICA MARTINEZ COSIO

1 Introducción

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el síndrome de Burnout como un factor de riesgo laboral, ya que éste puede afectar la calidad de vida del trabajador a causa de afrontar altos niveles de estrés (estrés crónico). Este tipo de síndrome hace referencia al agotamiento físico, mental y emocional al que se encuentra expuesto un trabajador por un tiempo continuado.

Cuando una persona manifiesta dicho síndrome se ponen en manifiesto una serie de síntomas que serán los encargados de darnos la alerta de que algo no está funcionando adecuadamente en nuestro organismo.

Hay algunos estudios en los que se hace referencia a la baja productividad que sufre el trabajador cuando sufre este síndrome y de la relevancia del concepto de “felicidad” individual, que hace que se pongan en marcha una serie de sentimientos que pueden desencadenar la aparición del síndrome de Burnout.

Con la aparición de este síndrome se ponen en marcha varias áreas o sectores de los que podemos destacar: factores psicosociales, agotamiento y comportamiento organizacional.

A lo largo del presente capítulo se hablará del concepto del síndrome de Burnout, los síntomas que se manifiestan y algunos factores que entran en juego y pueden tener un papel transcendental en su evolución.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas y los signos propios del síndrome de Burnout.
- Conocer los posibles factores o áreas que se manifiestan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una recopilación de la información más relevante de los artículos seleccionados.

Se han utilizado como buscadores principales Google Académico y Dialnet, utilizando las palabras clave “lavandería hospitalaria” y “síndrome de burnout”.

4 Resultados

El síndrome de burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo es una patología derivada de la interacción que tiene la persona con las condiciones psicosociales nocivas de su trabajo.

Todo trabajador tiene derecho a la protección de su salud, por lo que cuando una persona está sufriendo el síndrome de burnout es porque está expuesto a riesgos psicosociales, organizativos o de ordenación del trabajo.

Cabe destacar el concepto de trabajo emocional, esto hace que sea un requisito el expresar las emociones que son socialmente aceptadas durante la jornada laboral. No se puede olvidar que las condiciones de trabajo afectan a la salud laboral y a la calidad de los servicios que se ofrecen, debemos tener en cuenta que las demandas interpersonales y la carga de trabajo excesiva y prolongada da lugar al cansancio emocional, en él van apareciendo la despersonalización y la baja autorrealización a causa de ese agotamiento y estrés crónico al que se encuentra expuesto el trabajador.

Los síntomas y signos que suelen manifestarse pueden dividirse en físicos y emocionales:

- Físicos: dolor de cabeza/espalda, trastornos del sueño, náuseas, tensión muscular y cansancio.
- Emocionales: irritabilidad, tensión, desmotivación, falta de interés, sentimiento de improductividad y sobrecarga emocional.

Para poder aliviar esos síntomas que manifiesta el trabajador a causa del síndrome, es importante acudir a un profesional para que nos ayude a identificar las causas del estrés y conseguir estrategias para evitarlas o mejorarlas. A parte

de esto, también es aconsejable realizar actividades placenteras, buscar apoyo de amigos y familiares, hacer ejercicio, entre otros.

Podemos agrupar los síntomas en:

- Cambios en el estado de ánimo.
- Desmotivación: el trabajador ya no tiene ilusión por ir a trabajar, las metas y objetivos se dejan a un lado.
- Agotamiento mental: la resistencia al estrés va disminuyendo cada vez más.
- Falta de energía y menor rendimiento: falta de concentración, pérdidas de memoria, dificultad para aprender nuevas habilidades.
- Afecciones del sistema locomotor (dolores musculares y articulares).
- Alteraciones psicosomáticas.

5 Discusión-Conclusión

El personal de lavandería puede verse expuesto a un ambiente laboral complejo, ya sea por su trabajo repetitivo, por la organización o por el estrés que pueden llegar a tener. Esto da lugar a la aparición del síndrome de burnout, que tiene consecuencias negativas para el trabajador, estas son tanto físicas como psicológicas/emocionales.

Para poder reducir los casos de estrés crónico en los trabajadores es importante que los trabajadores tengan herramientas adecuadas para poder hacer frente a las situaciones que pueden afectar directamente a su salud.

Por último, un estilo de vida saludable, evitando el consumo de drogas, dormir lo necesario, realizar ejercicio y dedicar tiempo para nosotros son de gran importancia a la hora de reducir el riesgo de padecer dicho riesgo.

6 Bibliografía

1. <https://ada.com/es/conditions/burnout/>.

INSST: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación.

Capítulo 297

PRIMEROS AUXILIOS PARA EL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIA

MARIA YOLANDA MARTINEZ ORVIZ

1 Introducción

El personal de cocina hospitalaria está expuesto a múltiples peligros dentro de su jornada laboral, como pueden ser cortes, quemaduras o caídas entre otros; la rápida y ágil actuación ante un posible accidente laboral, puede salvar la vida de una persona o el posible empeoramiento de las lesiones producidas por un accidente.

Cabe destacar que según la Ley 31/1995 , de 8 de noviembre de Prevención de riesgos laborales, en su artículo 20 del capítulo III, destaca como obligación del empresario el análisis de las posibles situaciones de emergencia, así como la adopción de las medidas necesarias, entre otras, en materia de primeros auxilios.

En relación a los primeros auxilios cobrará relevancia una buena organización previa, disponer de material adecuado para afrontar con garantías esos primeros auxilios ante una quemadura, una hemorragia, una herida, una lesión ocular, etc.

También es fundamental con las medidas oportunas de protección personal y contar con unos equipos de trabajo y medios de protección óptimos, con el fin de minimizar al máximo los riesgos de que los empleados de una cocina hospitalaria puedan sufrir un accidente laboral, se tendrá en cuenta según la Directiva 95/63/CE, de 5 de diciembre, relativa a disposiciones mínimas de seguridad y

salud, que los trabajos de reparación, transformación, mantenimiento y conservación sean realizados por los trabajadores capacitados para ello.

2 Objetivos

Describir la cadena de socorro y la actuación de primeros auxilios ante una quemadura.

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 ocurre un accidente en una cocina hospitalaria se deben de acometer una serie de actuaciones, que dependerán en gran medida de la gravedad de las lesiones que pueda presentar el trabajador, será importante actuar con rapidez, en muchos casos esa agilidad de actuación será un factor determinante; existe el concepto de cadena de socorro cuando a la víctima le atenderá la atención especializada y existen una serie de eslabones como son los siguientes:

- Testigos: las principales funciones de los testigos de un accidente serán las de proteger tanto la seguridad del accidentado como la propia del testigo; avisar, siempre que sea posible avisaremos a los servicios sanitarios de la existencia del accidente; socorrer, una vez protegido y avisado procederemos a actuar, reconociendo los signos vitales del accidentado.
- Telefonista: de la persona que se encarga dentro de la empresa de atender las llamadas de teléfono depende la transmisión rápida, correcta y eficaz de la solicitud de ayuda ante una emergencia.
- Socorristas: el número de socorristas dentro de una empresa dependerá de factores como el número de empleados, la estructura de la empresa, el tipo de trabajo, los turnos de trabajo, etc.

El socorrista deberá recibir una formación y disponer de conocimientos básicos y generales.

La exposición del personal de cocina ante una quemadura es grande y desgraciadamente habitual, a continuación se describirán unas normas básicas de actuación:

- La primera acción es suprimir la causa que produce la quemadura, apagando las llamas por ejemplo.
- Mantener los signos vitales.
- Examinar el cuerpo del compañero accidentado, descartando que no tenga fracturas o hemorragias.
- Aplicar agua en abundancia para enfriar la parte del cuerpo quemada, quitar ropas, joyas, relojes, etc.
- Evitar dar de beber al accidentado, ya que le puede producir vómito, es importante que el estómago se mantenga vacío.

5 Discusión-Conclusión

Nos gustaría proponer que el empresario o encargado de cocina estudie de manera periódica la mejora de las instalaciones, las maquinarias y los equipos de protección individual, adecuando también las instalaciones con el fin de minimizar al máximo los riesgos de sufrir un accidente.

También es muy importante el compromiso, buen hacer profesional y la formación del personal de cocina, con el fin de conocer de que manera actuar ante un accidente de un compañero, esto puede resultar vital para salvar una vida.

Es habitual encontrar botiquines con poco material, desordenado o con productos caducados, con lo que nos gustaría proponer que exista un protocolo de actuación en donde conste la revisión del estado de dicho botiquín.

6 Bibliografía

1. <http://ssprl.gobex.es/ssprl/web/guest/guia-primeros-auxilios>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/firstaid.html>.
3. <https://www.periodistadigital.com/ciencia/salud/20200428/primeros-auxilios-cocina-utensilios-comida-noticia-689404299310/>.
4. <https://www.saborearte.com.mx/tips-y-primeros-auxilios-en-la-cocina/>.

Capítulo 298

IMPACTO DEL TRABAJO A TURNOS EN EL SECTOR SANITARIO

ROGELIO SANCHEZ VALLES

ARACELI GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

El trabajo es uno de los aspectos humanos que más implicación tiene en la vida diaria de las personas, así como también en su salud y el bienestar. Podemos remarcar por ejemplo lo difícil que resulta a las personas adaptarse, incluso llega a producir una alteración de los ritmos cardíacos, problemas sociales, etc.

Con la incorporación de nuevas formas de organizar la producción, nuevas tecnologías y nuevas maneras de estructurar el trabajo se llega a una flexibilización, horarios flexibles, flexibilidad funcional y salarial etc. para poder adaptarse a las fluctuaciones del mercado lo que lleva a fórmulas atípicas de empleo, tales como: trabajo a domicilio, teletrabajo, el trabajo autónomo, el trabajo a tiempo parcial o el empleo temporal.

Todas estas formas de flexibilización afectarían al ámbito personal y social de los trabajadores y sería necesario ajustar el tiempo dedicado al trabajo que permita conciliar con la vida familiar y reducir su impacto en lo personal, social y familiar, mucho más en las mujeres que llevan una responsabilidad extra en el ámbito del hogar. Esto orienta hacia trabajos que les otorguen mayor flexibilidad en el uso de su tiempo y les permitan conciliar y satisfacer las necesidades de la vida doméstica y familiar, pero peores en términos de salario, de permanencia, de seguridad social y de duración y distribución de su jornada.

Una de estas mejoras en la flexibilización es la podría darse en los horarios de trabajo, incluyendo turnos nocturnos. Esto puede incidir sobre la capacidad para adaptarse, el ser humano dispone de un reloj biológico que está sincronizado con el ritmo ambiental de luz-oscuridad. Por lo que cuando trabajamos de noche hay dificultades para adaptarse de manera rápida al nuevo horario, lo que produce una disincronía, que junto con la falta de sueño puede producir problemas de salud, baja calidad de vida y deterioro social en los trabajadores.

Es importante establecer medidas preventivas e intentar sensibilizar sobre los riesgos inherentes al trabajo nocturno y por turnos.

2 Objetivos

Conocer los efectos del trabajo a turnos en la vida cotidiana de los trabajadores.

3 Metodología

En este caso el estudio se realizó mediante el método de observación.

La recogida de datos se realizó a través de cuestionarios entre trabajadores sanitarios de Brasil.

El modo de trabajo de los trabajadores en turnos era la siguiente: el trabajador trabaja consecutivamente dos días en el período de mañanas, dos días en el período de tardes, dos días en el período nocturno y tres días de descanso. Los días de la semana en que el trabajador tiene descansos son siempre aleatorios pudiendo ser cualquier día de la semana, dependiendo de la rotación y no obligatoriamente en los domingos. El cuadro de estos trabajadores está compuesto de 233 individuos, de los que 68 trabajan a turnos rotativos. El cuestionario fue entregado a los trabajadores con consentimiento libre y garantizando la participación voluntaria y el secreto sobre la identidad de los participantes.

4 Resultados

Los resultados de las encuestas indicaron que el trabajo a turnos:

- Disminuye la motivación de los trabajadores, pierden la estimulación y con ella, la productividad el compromiso y las ganas de contribuir a un buen ambiente laboral.
- Los trabajadores por turnos se encuentran en un conflicto constante en cuanto a la conciliación de la vida laboral, la vida familiar y las relaciones sociales.

- Debilita la identificación con el proyecto de empresa.
- Aumenta el estrés: Reducir la carga de trabajo por la noche quizás podría favorecer a combatir ese estrés, ya que es necesario realizar un mayor esfuerzo para que los resultados sean idénticos que durante el día.
- Después de dos o tres turnos de noche consecutivos dar al menos una jornada completa de descanso
- Toda organización de turnos debe prever fines de semana libres de al menos dos días consecutivos.
- Reduce la optimización del tiempo y la posibilidad de planificarse: conocer de antemano el calendario con los turnos de cada trabajador, de modo que tenga la posibilidad de planificarse para las actividades extralaborales y se favorezcan las relaciones sociales.
- Empeora el descanso y la desconexión: Aumentar el número de periodos en los que se puede dormir de noche, sería una buena opción. También acumular días de descanso, variar la rotación durante el año etc.
- Disminuye la productividad: los trabajadores cansados son menos efectivos en el trabajo, eso lo saben quienes trabajan en turnos rotativos y también, segura mente, sus supervisores y gerentes. La explicación es sencilla: los seres humanos estamos programados para estar despiertos durante el día y dormir por la noche
- Se dará facilidades (comedores, salas de descanso, etc.) para que los trabajadores puedan comer de forma equilibrada, ingerir alimentos calientes y disponer del tiempo suficiente.
- Vigilancia de la salud con reconocimientos médicos específicos.
- Con el trabajo a turnos se adquieren hábitos alimentarios que no son saludables con lo que se debería desarrollar, desde la empresa, un plan para educar a los trabajadores en una alimentación sana

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos se reveló como el origen de efectos muy importantes para la salud, tanto físicos, emocionales y sociales (familiares e interpersonales) y también como perturbador del ritmo circadiano además de tener incidencia negativa en muchos de los procesos biológicos de auto-regulación.

Uno de los problemas comprobados en este estudio fue la relación con el sueño. Entre los disturbios del sueño, el insomnio, la somnolencia excesiva durante el trabajo y el uso de remedios medicinales para mantenerse despejado durante la actividad laboral se mostraron especialmente significativos. Llegando a la conclusión que el descanso físico que proporciona el sueño es primordial para

el buen ejercicio de las actividades laborales, existiendo una controversia: por un lado, la satisfacción a las necesidades económicas y técnicas y por el otro las necesidades físicas del trabajador. El cambio constante que ocasionan las variaciones de horarios de trabajo se relaciona con manifestaciones como estreñimiento, acidez, falta de apetito e irritabilidad. Estos trabajadores tienen dificultad en la convivencia familiar y para con los amigos, lo que complica sus relaciones sociales y afectivas, pudiendo incluso frustrar las expectativas de la familia.

Por lo tanto, de acuerdo con esta realidad y de la verificación de perjuicios tanto físicos como sociales para el trabajador, es necesario que los investigadores y profesionales de salud realicen esfuerzos continuos, a fin de conocer y encontrar formas de organización minimicen los impactos que los horarios a turnos producen en la vida del trabajador.

El mejor método para mejorar el sueño en los trabajos por turnos es tener un sistema de turnos rotativos hacia adelante (día-tarde-noche) y evitar los períodos de recuperación demasiado cortos (menos de 11 horas).

6 Bibliografía

1. Fundación para la prevención de riesgos laborales. Los tiempos de la organización del trabajo: incidencia de los riesgos psicosociales en los sistemas de trabajo a turnos. Disponible en: Documentos http://extranet.ugt.org/saludlaboral/oprp/Noticias/libro_turnos.pdf
2. Amable M, Benach J. La precariedad laboral ¿un Nuevo problema de salud pública? Gac Sanitaria. 2000.
3. De la Garza E. La flexibilidad del trabajo en América Latina. Disponible en: Flexibilidaddeltrabajo.pdf <http://201.147.150.252:8080/jspui/bitstream/123456789/1081/1/>
3. Moreno CRC, Fischer FM, Rotenberg L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. Sao Paulo Perspect. 2003; 17(1):34-465. Echeverría M, López D. Flexibilidad Laboral en Chile: Las empresas y las personas. Disponible en: http://www.dt.gob.cl/1601/articles-74726_recurso_1.pdf

Capítulo 299

EL BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO

JOSE IVAN VALDES NUÑEZ

1 Introducción

EL burnout o síndrome de desgaste profesional es uno de los grandes males del siglo XXI, provocando trastornos tanto físicos como psicológicos, existen estudios que señalan al sector hospitalario como uno de los sectores en la que sus trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios están más expuestos a sufrir dicho síndrome, aumentando considerablemente las posibilidades de sufrirlo por el exceso de trabajo provocada en los hospitales españoles por el Covid.

En la actualidad se estudian nuevos y preocupantes trastornos derivados en gran medida de la presión laboral y el burnout como el Karoshi, en la que los excesos de trabajo dañan seriamente la salud, según la publicación de S&YOU specialist recruitment, aproximadamente dos terceras partes de los trabajadores de la Unión Europea están expuestos a factores de riesgos psicosociales relacionados con el estrés y la salud mental según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (AESST).

Por lo tanto estos temas son muy importantes en la actualidad, se deben abordar y tratar con importancia ya que pueden provocar que los trabajadores dañen gravemente su salud, terminan sintiendo una profunda falta de implicación y distanciamiento que pueden llevar en casos extremos a pensar en el suicidio.

2 Objetivos

Con este capítulo de libro nos marcamos como objetivos describir el Burnout y las principales consecuencias del burnout para la salud del trabajador.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro se ha buscado información en publicaciones como las de S&YOU specialist recruitment, en páginas de internet con información sobre Burnout, el pdf de formación impartida por Fysa y en libros de psicología.

4 Resultados

El síndrome de Burnout o de desgaste profesional, también conocido como el síndrome del quemado, está asociado al entorno laboral. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el trastorno implica agotamiento crónico, distancia mental y disminución de la eficacia profesional. Es un síndrome que produce agotamiento físico y mental de manera intensa, producido por estar sometido a un estrés laboral crónico o de frustración de manera prolongada en el tiempo, se trata principalmente de un trastorno de adaptación al entorno laboral por parte de un trabajador produciendo a su vez gran cansancio emocional.

Para describir correctamente este síndrome es importante conocer que se aplica únicamente al entorno laboral y no a otras áreas de la vida personal.

Para la OMS(Organización Mundial de la Salud) el síndrome se caracteriza por tres dimensiones:

- Sentimientos de falta de energía o agotamiento.
- Aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo.
- Eficacia profesional reducida. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida.

En relación a las consecuencias que puede sufrir un trabajador en relación a su salud y que abarcan los trastornos de conducta, trastornos emocionales, síntomas

físicos y síntomas conductuales defensivos, destacamos las siguientes:

- Descontrol de impulsos
- Trastornos alimentarios
- Agresividad
- Baja autoestima
- Depresión
- Ansiedad
- Déficit en atención y concentración
- Alteraciones gastrointestinales
- Cefaleas y migrañas
- Trastornos cardiovasculares
- Trastornos del sueño
- Negación de la realidad o las emociones
- Ironía
- Cinismo
- Frialdad afectiva
- Deshumanización

La recuperación de un trabajador que sufre de Burnout tule ser larga, requiere tiempo y bastante apoyo de la organización y los compañeros, en muchos casos es fundamental la ayuda psicológica por parte de profesionales de la salud mental.

5 Discusión-Conclusión

Nos gustaría proponer la creación de programas de información por parte de la organización del centro sanitario, así como la evaluación de los motivos que pueden estar causando burnout, trabando sobre la mejora del entorno laboral y adecuación de puestos de trabajo.

También nos gustaría proponer talleres para los trabajoder en los que puedan trabajar técnicas de respiración, relajación, técnicas de socialización, solución de problemas, entre otros.

La figura del psicólogo es fundamental, con lo que entendemos que un centro sanitario debería de tener un servicio de psicología que ofrezca ayuda profesional de manera anónima a los trabajadores que lo puedan requerir.

6 Bibliografía

<https://www.sandyou.es/burnout/>

<https://salud.asepeyo.es/pacientes/recomendaciones/burnout-laboral-o-sindrome-de-desgaste-profesional/>

<https://www.sesst.org/el-sindrome-del-quemado-es-registrado-por-la-oms-como-enfermedad-laboral/>

<https://ada.com/es/conditions/burnout/>

Capítulo 300

TOLERANCIA CERO FRENTE A LAS AGRESIONES DE LOS PACIENTES AL PERSONAL ADMINISTRATIVO

BEATRIZ GARRIDO VILLAR

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define violencia en el trabajo como “aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud”.

Los profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan su trabajo en un Centro de Salud, hospitales, Centros sanitarios y Residencias de ancianos se ven expuestos regularmente a sufrir algún episodio de acoso verbal, insultos, intimidación y violencia física a manos de pacientes o familiares de los pacientes. Las mujeres son las principales víctimas de las agresiones violentas, no solo por su mayor presencia en el sector sanitario, sino porque son más vulnerables a este tipo de conductas; son los propios pacientes o sus familiares, en la mayoría de los casos hombres, quienes llevan a cabo las agresiones. Por esta razón la Organización Mundial de la Salud ha realizado un llamamiento a los gobiernos y a los dirigentes del ámbito de la atención de la salud para que aborden soluciones para proteger la salud y la seguridad del personal sanitario y no sanitario.

2 Objetivos

Identificar y poner recursos y medios para evitar las agresiones verbales y físicas que sufren los profesionales sanitarios y no sanitarios a manos de los pacientes, usuarios o familiares de los pacientes en el Hospital, Centro de Salud o Residencias de ancianos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos de la OMS, Instituto de la Mujer, INE y de Pubmed utilizando las palabras: violencia, agresión, Centro de Salud, y paciente, trabajador, profesional, trabajo y prevención.

4 Resultados

Es imprescindible llevar a cabo las siguientes acciones para erradicar la violencia y agresiones verbales y físicas a las que se ven sometidos el personal sanitario y no sanitario:

- Elaborar y poner en práctica en conformidad con la legislación nacional, políticas y mecanismos para prevenir y eliminar la violencia en el sector de la salud.
- Contratar personal de seguridad durante todo el horario que permanezca abierto el Centro de Salud.
- Promover y concienciar una cultura de tolerancia cero a la violencia contra los trabajadores de la salud.
- Colocación de cámaras de vigilancia para garantizar la seguridad dentro y fuera del Centro de Salud.
- Establecer mecanismos de aplicación, como mediadores y líneas de asesoramiento jurídico y de ayuda psicológica para aquel trabajador que sufra un acto de violencia.

Según la OMS en el sector sanitario se producía más del 25% de incidentes de violencia en el trabajo, pero desde hace meses ese porcentaje se ha incrementado notablemente debido a la pandemia por Covid19.

En España, según datos del Ministerio de Interior, las denuncias han aumentado un 18% respecto a 2019, pero los incidentes son muchos más, ya que muchas de las agresiones no se denuncian.

El personal sanitario y no sanitario está desprotegido al efectuar su trabajo en su lugar físico de empleo frente a la violencia o agresiones de los pacientes, ya que no

se dispone de guardia de seguridad, ni cámaras de seguridad, ni de ningún mecanismo de defensa, ni de seguridad. Ante una agresión física, acto intimidatorio, insultos o amenazas se debe avisar al superior jerárquico, recabar pruebas (parte de lesiones, testimonio de testigos) y poner la correspondiente denuncia en la Policía o Guardia Civil.

5 Discusión-Conclusión

Las agresiones y la violencia que padecen el personal sanitario y no sanitario en el Centro de Salud, y Hospitales constituyen un problema grave y de importantes consecuencias que hasta hace poco tiempo era prácticamente desconocido y ha permanecido silenciado por su escasa denuncia debido al temor de sufrir represalias y desconocimiento en el modo de actuar ante una situación de esa índole. Por ello, es vital que se adopten medidas cuanto antes para proteger la integridad física y psicológica de los trabajadores porque de ello depende su salud. Al hacerlo así, se reducirá el estrés y la depresión de los profesionales y las bajas médicas por estos hechos.

6 Bibliografía

OMS

INE

INSTITUTO DE LA MUJER

Capítulo 301

LOS CELADORES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO

1 Introducción

El área de urgencias de un hospital, también llamada unidad de urgencias hospitalarias (UUH) es la zona responsable de la atención médica y quirúrgica de aquellos pacientes que necesitan de una atención médica inmediata que no puede ser cubierta en otro tipo de centros sanitarios.

Es en el área de urgencias donde los profesionales que aquí trabajan ofrecen asistencia multidisciplinar cumpliendo con los requisitos de garantizar seguridad, calidad y eficiencia a los pacientes hasta la estabilización de éstos, para posteriormente ser, o bien hospitalizados, o bien dados de alta.

Dentro de esta área del hospital también trabajan los celadores, cuya función también es muy importante porque suelen ser ellos los primeros que contactan con los pacientes y sus acompañantes cuando éstos llegan. Y de ese primer contacto se puede originar la buena o mala impresión que se lleven éstos durante toda su estancia en urgencias. (1)

En este puesto en concreto, los celadores requieren de dinamismo, pues es una zona en constante entrada y salida de pacientes que llegan bien por sus propios medios o bien por ambulancia, de capacidad de empatizar con el sufrimiento ajeno, pues cada persona llegará con sus propios problemas de salud, de paciencia, pues se encontrarán con muchas situaciones de estrés, y de espíritu de trabajo en equipo, imprescindible para sacar el trabajo en cada turno

2 Objetivos

- Identificar el trabajo que los celadores realizan en el servicio de urgencias hospitalarias.
- Demostrar la importancia que tiene su trabajo en este área.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de bibliografía relacionada con el tema del que se está tratando, a través de diversas bases de datos científicas (revistamedica.com, celadoresonline.blogspot.com, Scielo.org, dialnet.unirioja.es, blog.opositatest.com) que fueron encontradas tras el manejo de descriptores relacionados con el tema en cuestión ("El celador en urgencias", "Área de urgencias de hospital", "El papel del celador de urgencias", "Urgencias hospitalarias")

4 Resultados

Los resultados han demostrado que las urgencias hospitalarias son un área funcional y operativa dividida en distintas zonas: admisión, triaje donde se clasifican a los enfermos en función de su gravedad, zona de críticos para pacientes cuyo riesgo vital es real, boxes de observación y sala de espera.

Es en todas estas áreas de urgencias donde los celadores realizan sus funciones (que vienen recogidas en el art 14.2 del Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social del 5 de Julio de 1971, orden actualizada a través de la ley 55/2003 del 16 de Diciembre del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud)

Existen una serie de funciones específicas de los celadores en el servicio de urgencias que son las siguientes:

- Salir siempre a recibir a los pacientes que vienen tanto en ambulancia como en vehículos particulares.
- Siempre que la situación pueda permitirse, los celadores derivaran a los pacientes y acompañantes al servicio de admisión, y si la situación es lo suficientemente grave, les pasarán directamente a triaje mientras uno de los acompañantes sería el encargado de dar los datos administrativos.
- Mantendrán la entrada de urgencias provista de camillas y sillas de ruedas para ser utilizadas en cualquier momento por los pacientes.

- Vigilarán las entradas de urgencias permitiendo el acceso solamente a las personas autorizadas para ello.
- Los celadores avisarán al personal sanitario cuando esto sea preciso y les ayudarán en las funciones que les sean propias (por ejemplo en la sujeción, aseo, traslados...). Además cumplirán con otras funciones que les sean ordenadas por médicos, supervisores, enfermeros o TCAE.
- Conducirán también sin demora las comunicaciones verbales que les indiquen, y la documentación que les sea facilitada la trasladarán al servicio competente (laboratorios, banco de sangre...) recogiendo los resultados.
- Los celadores trasladarán también aparatos, objetos o mobiliario entre los distintos servicios.
- Velarán por conseguir el mayor orden y silencio en las salas de espera y espacios comunes.
- Trasladarán a los pacientes en silla de ruedas, camilla, cama o por su propio bien, a las distintas unidades o servicios que sea preciso (por ejemplo zona de radiología, quirófanos, endoscopias, mortuorios, o zona de hospitalización para el ingreso de los pacientes)
- Al trasladar a un paciente fuera del servicio de urgencias para hacer una prueba o ingreso en planta, los celadores avisarán a los acompañantes que se encuentren en la sala de espera.
- No realizarán comentarios con los familiares sobre diagnósticos, exploraciones o tratamientos realizados a los pacientes, ni se informará sobre los pronósticos de sus enfermedades, orientando siempre las consultas al médico. Únicamente podrán dar información de ámbito general (sobre la sala de espera, aseos, capilla, servicios administrativos, cafetería...)
- Si fuera necesario, los celadores acompañarán al paciente que sea dado de alta en urgencias, y vaya en silla de ruedas, hasta su vehículo particular. (2)

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que las funciones que realizan los celadores en el servicio de urgencias son muy importantes. De hecho, su trabajo es imprescindible para el buen funcionamiento de un área tan delicada, pues además de ser los primeros en recibir a los pacientes al llegar, sirven de apoyo al personal sanitario, contribuyendo así a un servicio correcto y dinámico, y a que la atención que se dispense a los pacientes sean de calidad hasta su salida de urgencias. La predisposición de los celadores es esencial para que los pacientes que acudan a urgencias se

muestren receptivos porque encuentren un entorno apropiado en un momento no agradable por falta de salud. (3)

Los celadores garantizan la circulación de los pacientes y su contacto con el personal facultativo y sanitario del hospital.

Por todo esto es por lo que los celadores se convierten necesarios, imprescindibles e importantes.

6 Bibliografía

1. Mancha HCL. Servicios de Urgencias Hospitalarias. [Online].; 2020 [cited 2022 Junio 20. Available from: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/servicios-sanitarios/servicios-de-urgencias-hospitalarias>.
2. Martínez MDP. Ocronos. [Online].; 2020 [cited Junio 28 2022. Available from: <https://revistamedica.com/actuacion-celador-urgencias/>.
3. Sonsoleslc. Actuación del Celador en el Servicio de Urgencias. [Online].; 2020 [cited 2022 Junio 29. Available from: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html>.

Capítulo 302

EL CELADOR EN EL ÁREA DE GERIATRÍA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO

MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN

CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA

ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

LUIS SANTOS ROBLES

1 Introducción

La geriatría es una rama de la medicina que estudia, previene, diagnostica y trata las enfermedades de las personas adultas mayores, tal y como lo definía el equipo de expertos en Ciencias de la Salud de la UIV en 2017.

En España, más de ocho millones de personas superan los 65 años, suponiendo cerca del 17% de la población del país. En los últimos años, a medida que aumentaba la esperanza de vida, también se han incrementado los casos de enfermedades degenerativas o causadas por la edad, como pueden ser la demencia, el alzheimer o la artrosis.

En un hospital es natural la presencia de muchos ancianos, ya sea eventualmente debido a que requieran revisiones sistemáticas para evaluar diferentes trastornos de salud (a los que el ser humano se vuelve más proclive en la vejez) o de manera continuada porque necesiten recibir algún tipo de tratamiento.

En todo caso, es crucial el papel del celador en su trato con ellos y muchas de sus tareas laborales básicas (tal y como están recogidos en el artículo 14.2 del Estatuto de personal no sanitario de 1971) son necesarias en el cuidado y servicio dentro del área de geriatría.

En este capítulo vamos a desarrollar cuáles son esas misiones de los celadores y qué conocimientos se requieren para llevar a cabo sus competencias profesionales.

2 Objetivos

- Realizar una descripción básica de la zona de geriatría de un hospital y sus diversas funciones.
- Describir las labores del celador en la zona de geriatría.

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. Para cumplir el objetivo básico de encontrar información útil y esclarecedora, la redacción de este capítulo se fundamenta principalmente sobre tres pilares. El primero de ellos está basado en consultar y leer de manera comprensiva diversas fuentes de carácter divulgativo y/o científico, entre ellas libros especializados, artículos y páginas webs. El segundo pilar se asienta sobre la legalidad vigente y aplicable según el “Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social”. Por último, y de manera notoria, siempre que sea posible se harán prevalecer las fuentes primarias como método informativo, es decir, la consulta de celadores que expongan las misiones que requiere su profesión.

4 Resultados

El área geriátrica de un hospital realiza a diario tareas muy diversas, ya que los factores que determinan a los pacientes que requieren este servicio son igualmente numerosos.

Entre las muchas funciones de esta especialización, en un hospital frecuentemente se pueden encontrar las consultas geriátricas y la unidad de agudos (para casos graves puntuales que necesiten intervención inmediata).

El resto de las unidades o equipos del centro pueden asimismo intervenir de manera coordinada para ofrecer servicio a los pacientes geriátricos (en este caso podrían requerir, por ejemplo, el servicio de farmacia, el de traumatología o el de rehabilitación).

Sobre los celadores recaen entonces las siguientes misiones fundamentales asignadas (gracias al Art. 14.2) al personal no sanitario, relacionadas especialmente con el cuidado y bienestar de los pacientes que, en muchas ocasiones, no pueden valerse por sí mismos.

1. El celador debe tener conocimientos básicos de enfermedades del paciente geriátrico y de los cuidados que puede requerir.
2. Se encargará del traslado de pacientes, materiales y documentos cuando sea necesario.
3. Es su responsabilidad el control de entradas y salidas de pacientes y visitantes.
4. Se hará cargo del lavado y aseo de pacientes (con previa autorización del equipo sanitario).
5. Es su deber el recibimiento de enfermos y el acompañamiento de un lado a otro de la zona de geriatría en caso de que puedan moverse por sí solos.
6. Se encargará de vigilar y cuidar el material sanitario para que todo esté en orden y en condiciones de uso adecuadas.
7. En caso de encontrar cualquier desperfecto en su misión de limpieza, organización y cuidado del recinto, informará inmediatamente a sus superiores.
8. Velará por el mantenimiento del silencio dentro del área de geriatría.
9. Deberá abstenerse de comentar a los familiares y visitantes de los enfermos los diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se les realicen, y no deberá informarles en caso de que supiese el pronóstico de su enfermedad, siendo siempre su misión redirigir las dudas e inquietudes hacia el médico que se encargue del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La presencia del celador en un área como la de geriatría, debido a sus múltiples responsabilidades, ya sean relacionadas con el personal sanitario, el resto del personal no sanitario, los pacientes y las visitas, no es simplemente necesaria, sino que va más allá.

Su presencia y tareas también son imprescindibles como ayuda y complementación a las tareas de los sanitarios. Es además vital contar con las buenas prácticas profesionales de los celadores para mejorar el ánimo y el cuidado de

los pacientes a los que se les presta el servicio y la orientación de sus familiares y allegados.

Estas competencias son, en definitiva, un compendio de habilidades prácticas y sociales con las que debe contar un buen celador durante el ejercicio de su actividad profesional

6 Bibliografía

Ministerio de Trabajo. (5 de julio de 1971) Orden por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 del mismo mes).

Ley 55/2003 (16 de diciembre 2003), Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de Valencia. (31 de Agosto de 2017). ¿Qué es geriatría? Concepto y diferencias con la gerontología. Obtenido de Universidad Internacional de Valencia: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/que-es-geriatria-concepto-y-diferencias-con-la-gerontologia>

González Riopedre, S. (05 de Diciembre de 2020). El celador ante el paciente geriátrico: ¿una formación necesaria? Obtenido de Ocronos: <https://revistamedica.com/celador-paciente-geriatrico-formacion-necesaria/amp/>

Capítulo 303

EL CELADOR EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO

CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA

MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN

ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

LUIS SANTOS ROBLES

1 Introducción

En España hubo más de doscientos ochenta mil casos nuevos de cáncer en 2021, superando ligeramente los casos del año anterior y aumentando casi treinta mil casos desde 2015. Es decir, cada año se detectan más casos de cáncer en el país. (Epdata, 2022)

La oncología es la rama de la medicina que se especializa diagnosticar y tratar esta enfermedad. Se divide en distintas ramas según su especialización. La oncología médica se centra principalmente en usar la quimioterapia, las terapias que utilizan hormonas y otros medicamentos para tratar el cáncer. La radioncología se especializa en el uso de radioterapia como tratamiento para la enfermedad. Por último, la oncología quirúrgica se basa en usar la cirugía y otros procedimientos como tratamiento.

Dentro del área de oncología de un hospital se desarrollan múltiples actividades, desde revisiones (prevención de la enfermedad) hasta tratamientos, pasando por

una multitud de consultas y pruebas más especializadas para cada rama de la enfermedad.

Las tareas del celador, establecidas según el Art. 14.2 del Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, son especialmente importantes en el cuidado de pacientes y ayuda al personal sanitario.

En este capítulo serán expuestas sus funciones dentro de esta área concreta y su importancia para el correcto ejercicio laboral.

2 Objetivos

- Realizar una descripción básica del área de oncología dentro de las actividades hospitalarias diurnas.
- Describir las labores de los celadores dentro de esta área específica.

3 Metodología

Como método científico y de obtención de toda la información expuesta, este capítulo se apoya en tres pilares imprescindibles. El primero es la lectura y consulta comprensiva de fuentes variadas cuyo objetivo es divulgativo o científico, contando libros especializados, artículos y páginas en línea. El segundo es que toda la legislación que se cita en este capítulo se basa en el ya mencionado “Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social”. Por último, y de manera destacable, el tercero es que ante todo y siempre que sea posible, prevalece la consulta de fuentes primarias, es decir, celadores que puedan atestiguar el ejercicio de su profesión.

4 Resultados

La sección de oncología hospitalaria puede variar en tamaño, recursos y personal, dependiendo del tamaño del centro y de la especialización necesaria en cada lugar. Suelen tener presencia en la mayor parte de centros las consultas externas (ya sea para atender a nuevos pacientes, para atender a aquellos en tratamiento activo o para las revisiones de las personas que han superado la enfermedad) y el hospital oncológico de día (donde el paciente recibe el tratamiento para posteriormente volver a su lugar habitual de residencia sin necesidad de hospitalización o ingreso obligatorio).

Las funciones específicas del celador en la zona de oncología, de acuerdo con lo establecido en el Art. 14.2 del Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social (Ministerio de Trabajo, 1971), son las establecidas a continuación.

1. El celador debe conocer fundamentos básicos relativos a las necesidades del paciente oncológico y de los cuidados que requiere.
2. Debe encargarse del traslado de los pacientes y también de materiales y documentos en caso de necesidad.
3. Se responsabilizará del control de acceso y salida de pacientes y visitas.
4. Queda cargo del lavado y aseo de pacientes (de acuerdo con las indicaciones del equipo de sanitarios asignado al paciente).
5. Debe hacerse responsable de la recepción de pacientes y estar pendiente de sus traslados dentro de la zona de oncología, tanto si pueden moverse por sí solos como si no.
6. Se debe encargar de la vigilancia y el cuidado del material sanitario para que todo esté idóneamente ordenado y listo para poder usarse.
7. En caso de encontrarse con cualquier anomalía en su misión de limpiar y cuidar el recinto, informará con la mayor rapidez posible a sus superiores.
8. Se encargará de velar porque se mantenga el silencio dentro del área de oncología.
9. Cumplirá el deber de abstenerse a la hora de hablar a familiares y visitas de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que les hayan sido realizados, incluyendo no darles datos en caso de que conociese el pronóstico de la enfermedad, siendo en todo momento su misión enfocar las dudas y preguntas hacia el médico asignado al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en un área oncológica es vital, debido a sus variadas ocupaciones. Son relevantes tanto aquellas que deben realizar en relación con el personal sanitario, como las enfocadas en ayudar al personal no sanitario, a los pacientes y a las visitas.

La correcta realización de sus actividades laborales sirve como complemento a las labores de los sanitarios. Tienen además gran importancia la buena disposición y carácter profesional de los celadores, a fin de poder ofrecer un mejor servicio a los enfermos y a sus familiares y allegados.

Sus misiones laborales imprescindibles son, en definitiva, habilidades sociales y profesionales que un buen celador debe tener en cuenta durante el ejercicio de

su profesión.

6 Bibliografía

Ministerio de Trabajo. (5 de julio de 1971) Orden por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 del mismo mes).

Ley 55/2003 (16 de diciembre 2003), Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Epdata. (01 de Febrero de 2022). El cáncer en España, datos y estadísticas. Obtenido de Epdata: <https://www.epdata.es/datos/cancer-espana-datos-estadisticas/289>

García García, J. (02 de Marzo de 22). El papel fundamental del celador. Obtenido de Ocronos - Editorial Científico-Técnica: <https://revistamedica.com/papel-celador-areas-asistenciales/#Funciones-de-asistencia-al-personal-sanitario-facultativo-y-no-facultativo>

Capítulo 304

EL CELADOR EN EL ÁREA DE PUERTA PRINCIPAL E INFORMACIÓN

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO

CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA

MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN

ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

LUIS SANTOS ROBLES

1 Introducción

En un hospital habitualmente hay cuatro puertas: La puerta principal, la puerta de urgencias, la puerta de consultas externas y la puerta de personal. En este caso, nos centraremos en la principal.

La puerta principal de un conjunto hospitalario es el lugar por el que acceden la gran mayoría de usuarios del servicio. Es una zona de tránsito tanto para pacientes como para visitantes y personal sanitario, y supone el primer contacto, para toda aquella persona que entre al centro, con la realidad ambiente hospitalario.

Normalmente, las inmediaciones de la puerta principal están bien señalizadas para guiar a los usuarios del hospital hacia la zona donde deban dirigirse, facilitando así la movilidad de pacientes y trabajadores.

Es también usual que se habilite un puesto de información para que aquellas personas que lo requieran puedan consultar lo que consideren necesario.

En condiciones normales de trabajo, la figura del celador es especialmente importante en los accesos al centro sanitario, ya que se vuelve necesaria la aplicación de gran parte de sus funciones, tal y como se recogen en el artículo 14.2 del Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.

En este capítulo, se desarrollarán dichas funciones en esta zona concreta y los conocimientos necesarios en el buen ejercicio de la profesión del celador.

2 Objetivos

- Realizar una descripción básica de la zona principal de acceso al hospital.
- Describir de manera concreta y precisa las labores del celador en esta zona para delimitar con exactitud sus prácticas laborales adecuadas.

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. Con el fin de encontrar la información adecuada, la realización de este capítulo se sostiene fundamentalmente sobre tres pilares. El primero de ellos es la consulta y lectura comprensiva de distintas fuentes de carácter divulgativo y/o científico, entre ellas libros, artículos y páginas webs. En segundo lugar, se basará todo lo relacionado y aplicable a la legislación contenida en este capítulo en el ya mencionado “Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social”. Por último, y de manera destacable, prevalecerá siempre que sea posible la consulta de fuentes primarias, es decir, celadores que den testimonio del ejercicio de su profesión.

4 Resultados

La recepción de usuarios de un hospital ha variado ligeramente a lo largo de los últimos años, tanto por la incidencia de la pandemia de la COVID-19 como por la incorporación de sistemas automatizados de trato con los pacientes a la hora de asistir a una cita hospitalaria.

Las dimensiones y la ubicación de la puerta principal dentro del edificio son diferentes en cada hospital y su situación depende potencialmente del resto de servicios. A diferencia de la puerta de urgencias, que permanece abierta las veinticu-

atro horas del día, la puerta principal suele ser de uso diurno y cierra cuando las áreas de atención especializada terminan su horario.

La zona de la puerta principal suele incluir, además de una puerta física de acceso, un vestíbulo donde se sitúa habitualmente el puesto de información. Esta área del hospital está orientada de manera concreta a la correcta la recepción de personas en el centro.

Tal y como se cita en el Art. 14.2 del Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social (Ministerio de Trabajo, 1971), los celadores deben realizar las siguientes funciones en su puesto de trabajo en caso de ser asignados a la puerta principal del edificio.

1. El celador de puertas se encargará los servicios de guardia que le sean asignados dentro de los turnos previamente establecidos.
2. Su misión principal es la de vigilar las entradas del edificio, evitando el acceso de personas no autorizadas.
3. Tendrá también que prohibir la entrada al recinto a toda persona cuyo comportamiento, aspecto o actitud no se considere adecuada dentro del centro sanitario.
4. Se hará cargo de la vigilancia nocturna de la zona interior y exterior del edificio y se asegurará de que permanezcan cerradas las puertas del resto de servicios hospitalarios.
5. Debe velar por el mantenimiento del orden y el silencio en la medida de lo posible dentro del edificio.
6. El celador informará de inmediato a sus superiores de los posibles desperfectos o anomalías que pudieran ser encontrados durante sus tareas de limpieza y conservación del recinto.
7. Se encargará de vigilar el acceso y la estancia de los familiares y visitantes, en base a las normas del hospital, con especial cuidado para que solo puedan acceder al recinto los objetos y paquetes autorizados.
8. No abandonará en ninguna circunstancia la vigilancia de la puerta de entrada.
9. En caso de que hubiere algún tipo de circunstancia conflictiva con los visitantes o que se detectase la presencia de alguna persona no autorizada, se debe requerir de inmediato al personal de seguridad.
10. El celador debe siempre abstenerse para no hacer comentarios a los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos realizados a los mismos, y no debe informar en caso de que hubiere pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre redirigir las consultas hacia el médico encargado del paciente.
11. Debe conocer y saber informar sobre la ubicación de las distintas áreas del hospital y sus horarios.

12. Es su deber controlar la entrada de toda persona que acceda al edificio.
13. Es su deber vigilar la salida de pacientes, siempre que tengan el alta médica.
14. Son asimismo misiones del celador todas aquellas funciones similares a las anteriormente mencionadas que les sean requeridas por sus superiores, aunque no hayan sido específicamente descritas.

5 Discusión-Conclusión

Las misiones del celador son muchas y muy variadas, como ha podido comprobarse.

En el caso de una zona como la puerta principal, su presencia es necesaria a lo largo de toda la jornada laboral para el correcto funcionamiento de las tareas de orden, limpieza, orientación a las personas que acceden al centro y vigilancia del área de trabajo (especialmente nocturna).

Son asimismo encargados de evitar la aglomeración de gente, algo que ha cobrado relevancia tras la pandemia, y evitarán en la medida de lo posible los conflictos que puedan fraguarse dentro del centro, ya sea por la actitud de las visitas o por su insistencia en introducir objetos no permitidos.

Estas tareas en las cuales debe mantener una notoria atención suponen, en resumen, un amplio conocimiento de sus funciones laborales y competencias profesionales.

6 Bibliografía

Ministerio de Trabajo. (5 de julio de 1971) Orden por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 del mismo mes).

Ley 55/2003 (16 de diciembre 2003), Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Fayos Monzó, E. (06 de 06 de 2021). Medidas referidas a la circulación de personas en los centros sanitarios, funciones del celador de puerta. Obtenido de Ocronos - Editorial científico técnica: <https://revistamedica.com/funciones-celador-puerta/>

Capítulo 305

LAS INTERVENCIONES DEL CELADOR EN EL ENTORNO A LA OXIGENOTERAPIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MONTSERRAT MURO MONTEAGUDO

PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES

OSCAR BERMEJO GUIJARRO

SILVIA RATON ÁLVAREZ

RICARDO AGUIRRE GONZÁLEZ

1 Introducción

Comenzaremos este trabajo explicando en que consiste la oxigenoterapia. La oxigenoterapia se puede decir que es una técnica que se utiliza para aportar a un paciente una concentración de oxígeno mucho más superior que la del aire (un 22% aproximadamente), con el objetivo de poder recuperar un nivel adecuado de oxigenación en sangre y tejidos normal.

El tipo de pacientes que necesitan de esta técnica suelen ser los pacientes que sufren alguna enfermedad respiratoria descompensada, hemorragias, infartos de miocardio, etc.

Cuando se va a proceder a medir la concentración de oxígeno que hay en sangre, se tiene que realizar una gasometría arterial para medir el nivel de oxígeno y

dióxido de carbono que existe en la sangre arterial. De una forma más indirecta se utiliza la pulsioximetría que lo que hace es medir la cantidad de oxígeno que lleva la hemoglobina.

Cuando se realiza una oxigenoterapia, lo que se quiere conseguir es lo siguiente:

- En primer lugar, que el paciente tenga unos niveles de oxigenación adecuados en sangre y tejidos.
- Proporcionar bienestar al paciente aportándole el oxígeno que es necesario.

Para poder administrar oxígeno a un paciente desde la toma central es necesario:

- Un caudalímetro, que es el aparato que regula el caudal de oxígeno y se mide en litros/minuto.
- Un vaso humidificador: este vaso sirve para humedecer el oxígeno antes de que este llegue al paciente.

Para poder administrar el oxígeno hay que contar con los siguientes elementos:

- Sistemas de bajo flujo: cánulas nasales, mascarilla simple y mascarilla con reservorio.
- Sistema de alto flujo: mascarilla de efecto venturi y mascarilla para traqueostomía.

2 Objetivos

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

- ☑ Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en las funciones del celador en el entorno a la oxigenoterapia.
- ☑ Conocer la importancia de una realización eficaz del tcae ante en oxigenoterapia.
- ☑ Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al tcae en oxigenoterapia.

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

Cuando se va a administrar oxígeno a un paciente, se tiene que tener en cuenta una serie de precauciones y son las siguientes:

- Está totalmente prohibido fumar en toda la zona donde se encuentra el equipo de administración de oxígeno. Tampoco se puede emplear cuando se está cerca de aparatos eléctricos en mal estado, no usar productos que son altamente inflamables en cuanto a la limpieza del sistema, evitar siempre el golpear la botella.
- En todo momento hay que respetar las pausas que fueron marcadas por un médico.

Para su administración, es necesario seguir el siguiente protocolo:

- En primer lugar hay que preparar todo el equipo que se necesita y después habría que lavarse las manos y ponerse guantes estériles.
- A continuación hay que explicar todo el procedimiento al paciente y luego se le coloca en la posición de fowler o decúbito supino.
- Comprobar que el sistema de oxígeno funcione correctamente y en caso de que sea necesario se llenara el humidificador.
- Seleccionar la cantidad de oxígeno que se va administrar al paciente.
- Preparar el dispositivo de administración de oxígeno y adaptarlo correctamente al paciente.
- Observar que el sistema funciona correctamente y como lo tolera el paciente.
- Vigilar al paciente por si sufriera algún problema.

En cuanto a las funciones del celador con las balas de oxígeno, son las siguientes:

- Tiene que hacer el traslado de las balas de oxígeno y tenerlas preparadas para cuando se necesite utilizarlas.
- Una vez que las balas de oxígeno se vacían, tiene que cambiarla por otra nueva. La vieja la depositará en el almacén.
- Es el celador quien lleve y coloque la bala de oxígeno junto al cabecero de la cama donde se encuentra el paciente. también es él quien adapta en manómetro y abre la botella con supervisión de un médico o enfermero.

5 Discusión-Conclusión

El personal de celador juega un papel bastante importante en cuanto al tratamiento de pacientes con oxigenoterapia que tienen que ser llevados desde un lugar del hospital a otro, ya que van a ser el personal de celador quien realice estos traslados de pacientes.

A su vez, también son los celadores los que se tienen que encargar de que las balas de oxígeno que se van a emplear para estos tratamientos, se encuentren en buenas condiciones para cuando se tengan que utilizar.

Por último, decir que los celadores también ayudan al resto de personal sanitario en las tareas necesarias mientras dura el tratamiento para poder hacer la vida más agradable a estos pacientes.

6 Bibliografía

- www.Celadoresonline.blogspot.com.
- <https://www.celadores.club>.
- <https://www.enbuenasmanos.com>.

Capítulo 306

EL CELADOR EN EL ALMACÉN. REVISION BIBLIOGRÁFICA.

PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES

MONTSERRAT MURO MONTEAGUDO

OSCAR BERMEJO GUIJARRO

1 Introducción

Podemos decir que un almacén es un lugar físico cuya función es la de almacenaje. Un almacén tiene que reunir una serie de requisitos:

- Tiene que ser suficiente.
- Tiene que tener unas zonas de control.
- Tiene que tener zonas para recepcionar las entradas.
- Capacidad de maniobra, preparar y salida de artículos.

El almacén tiene el fin de aprovisionar a todas las unidades y servicios que lo requieran en todo momento y a un precio asequible. Se trata de buscar una buena eficacia y para poder lograrlo es necesario contar con una buena infraestructura y que haya una persona responsable para la organización y control del almacén. Las tareas que se le asignan a un celador en un almacén, vienen recogidas en el acuerdo del consejo de ministros de 26/06/1990, modificado por el Real Decreto-Ley 3/87 sobre el régimen retributivo del personal estatal.

Se pueden destacar tres fases en cuanto a la tarea de suministro y son las siguientes:

- La primera fase consta del proceso de adquisición de los suministros necesarios. Hay que tener en cuenta que material se necesita en los hospitales.

- La segunda fase sería la planificación de todo el material adquirido.
- La tercera y última fase sería el procedimiento administrativo de contratación mediante el cual se consiguen los productos necesarios.

Por último se haría la petición de material, la recepción y revisión de toda mercancía para luego clasificarla y guardarla de manera que su localización sea rápida y eficaz.

2 Objetivos

Realizar una revisión de la literatura para describir las funciones del personal de celador en el almacén.

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 del celador en un almacén serían las siguientes:

- Se tiene que encargar de recibir la mercancía solicitada. Cuando el transportista ha depositado la carga en el lugar habilitado para ello, en este caso en el muelle de carga, el celador tiene que comprobar mediante el albarán de entrega que están todos los bultos que se habían pedido.
- A continuación, el celador tiene que cargar la mercancía y llevarla al sitio habilitado para su almacenaje.
- El celador también tendría que informar al personal encargado de las entradas diarias de material.
- Se tiene que vigilar las entradas y salidas del almacén. También el cierre de las puertas que hay en la zona de almacenaje. Tampoco pueden dejar acceder a personas no autorizadas a la zona del almacén.
- Han de conocer y tener claro la organización de todo el almacén.
- Entregar el material que se le solicite a través de un val que tiene que estar firmado por un superior responsable. A su vez, tiene que comprobar que los vales

están correctamente cumplimentados.

- Tiene que distribuir desde el almacén a las diferentes zonas donde sea requerido los aparatos y mobiliario solicitado. Las plataformas de mercancías y las jaulas de transporte, para movilizarlas hay que empujarlas desde atrás, menos cuando vamos a salir del ascensor que hay que tirar de ellas y caminar hacia atrás.

En un almacén es muy importante el orden y la limpieza para obtener unos resultados óptimos de eficacia. No se deben de tener productos obsoletos. Hay que garantizar en todo momento un control y una organización adecuada.

Hay que evitar acumular productos innecesarios para racionalizar mejor el gasto. Es necesario saber en todo momento la mercancía real que hay en el almacén.

5 Discusión-Conclusión

Un almacén tiene que tener como finalidad poder albergar la suficiente cantidad de mercancía necesaria para poder abastecer a los distintos servicios y unidades cuando estos lo requieran y a un coste razonable.

Tiene mucha importancia la buena gestión de stock para evitar un desabastecimiento e incumplir la labor asistencial.

Hay que tener en cuenta la importancia que tiene un buen control del almacén para que todo funcione correctamente y tener todo bajo control para desarrollar una actividad con buena calidad.

También es muy importante tener controlada la ubicación de toda la mercancía que hay en el almacén, así como los espacios disponibles para la ubicación de futuros nuevos materiales.

6 Bibliografía

- Manual del Celador en los almacenes – MAD

Capítulo 307

LOS OBSTACULOS DE LA COMUNICACIÓN EN EL PERSONAL DE CELADOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

OSCAR BERMEJO GUIJARRO

PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES

1 Introducción

La definición que se le puede dar al término comunicación es un proceso social por el que se intercambiar información, sentimientos, ideas entre dos o más personas.

Durante la comunicación existen una serie de elementos que la conforman que son el emisor, receptor, mensaje y canal.

Diferentes estudios han demostrado que una correcta comunicación favorece las relaciones sociales tanto en el ámbito personal como laboral, de ocio... en todas las situaciones.

Un escenario como es el sanitario es uno en los que la comunicación juega un importante papel, ya que las personas enfermas hospitalizadas o institucionalizados necesitan que los profesionales les escuchen activamente, entiendan sus necesidades y les informen comprensiblemente manteniendo en todo momento la empatía.

Con diferentes repaso a los estudios actuales se probado que la adecuada comunicación hospitalaria tiene un efecto muy beneficioso en el estado de salud del paciente y en su rápida recuperación.

La comunicación cuando se produce de manera asertiva y correctamente, la función terapéutica del lenguaje verbal es clara, sobre todo cuando se dirige para rehabilitar los estados negativos de salud o el mantenimiento el estado de salud.

Uno de los profesionales que más está en continuo contacto con los pacientes son los celadores, que deben gozar de conocimientos y habilidades en cuanto a la comunicación para poder permitirse relacionarse correctamente con los pacientes, con el resto del equipo de trabajo , todo ello influirá positivamente en la pronta recuperación del paciente enfermo.

2 Objetivos

- 1) Analizar la comunicación interna en dónde cada celador debe analizar aquellos obstáculos durante el proceso de la comunicación con la intención de reducirlos o eliminarlos.
- 2) Definir el término comunicación.

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

Durante el proceso de la comunicación se diferencia distintos elementos: un emisor, que es la persona que envía el mensaje; el receptor, que es la persona que recibe este mensaje; el propio mensaje, que será la información que se proporciona y que se elabora a través de un código; el canal es, precisamente, el medio a través del cual se transmite el mensaje. Puede ser de forma verbal, escrita, a través de signos... También será importante el contexto o la situación en la que se desarrolla todo el proceso comunicativo como último elemento.

Una vez diferencia los distintos elementos que conforman la comunicación, cabe destacar los diferentes tipos: la comunicación interna, en el ámbito sanitario sería la comunicación que se produce entre trabajadores del mismo centro de trabajo, donde dentro de ésta encontramos una comunicación ascendente, desde los eslabones más bajos hacia los cargos más elevados, una comunicación descendente, desde los directivos o supervisores hacia abajo del nivel jerárquico de la institución y una comunicación horizontal que es dentro del mismo estamento jerárquico.

Luego está la comunicación externa, que se produce entre la institución o centro sanitario y un contexto externo.

Dentro del propósito de esta revisión bibliográfica analizaremos la comunicación interna en dónde cada celador debe analizar aquellos obstáculos durante el proceso de la comunicación con la intención de reducirlos o eliminarlos.

Estos obstáculos pueden ser de distintos tipos: obstáculos semánticos, físicos o personales. Estos últimos son los más frecuentes dentro del ámbito sanitario y son aquellas que se ven influidas por las emociones, la propia persona, los hábitos, los valores, la ética y la moral.

Las menos frecuentes son los obstáculos físicos que son aquellos que impiden una adecuada comunicación como un excesivo ruido. Por último, los obstáculos semánticos se refieren a que, a veces, la persona no es capaz de interpretar adecuadamente las palabras verbalizadas y esto puede darse por diferentes situaciones.

Dentro de los diferentes estilos de la comunicación como el agresivo, pasivo y el asertivo, este último es el que se ha demostrado más favorecedor en el ámbito sanitario del celador.

5 Discusión-Conclusión

Con la asertividad se es capaz de sacar a la luz sentimientos, las emociones e ideas de una manera abierta, pero siempre bajo la premisa del respeto y la empatía hacia el paciente. Diferentes estudios muestran los efectos positivos de la asertividad, tanto para el celador como para el paciente. Este favorecedor estilo mejora las relaciones sociales en el ámbito sanitario, además de que puede apoyar al paciente a mantener un elevado bienestar y una alta calidad de vida durante su estancia hospitalaria.

El celador debe saber manejar adecuadamente la escucha activa, debe complementar una serie de trucos estratégicos básicos durante sus tareas laborales,

como puede ser la amabilidad, mantenimientos del contacto visual, dejando espacio interpersonal, con un tono de voz adecuado, evitar la réplica y los juicios.

6 Bibliografía

1. Román-López, P., del Mar Palanca-Cruz, M., García-Vergara, A., Román-López, F. J., Rubio-Carrillo, S., & Algarte-López, A. (2015). Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante= Communication barriers in health to immigrants. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 204-212.
2. Tejera, A. C., González, G. C., & Hidalgo, J. C. (1995). Barreras de comunicación con el paciente VIH+ percibidas por el personal sanitario. *Gaceta Sanitaria*, 9(47), 91-100.
3. Giraldo, P., Corbella, J., Rodrigo, C., Comas, M., Sala, M., & Castells, X. (2016). Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. *Gaceta Sanitaria*, 30(2), 117-120.
- Nevado Llopis, A. (2014). Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. *Panace*, 15(40), 278-289.