

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

XXXIV LECCIONES EN INVESTIGACIÓN SANITARIA



Ciencia
Sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXXIV Lecciones en Investigación Sanitaria.



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XXXIV Lecciones en Investigación Sanitaria.

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 978-84-19560-24-7 y 1ª edición 978-84-18472-64-0

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	HEMOGLOBINOPATÍAS TALASÉMICAS Y ESTRUCTURALES ALICIA SÁNCHEZ CRESPO	3
2	ONCOCITOMA RENAL LAURA LORENTE GEA, ANA ISABEL GIL LIÑAN Y MARIA ANGELES PANIZA MENDOZA	11
3	RECIDIVA DE GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA EN EL TRASPLANTE RENAL CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO FIALIADA JUAN PABLO GÁMEZ ESPAÑA Y AMPARO SÁNCHEZ ROMERO	15
4	ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO SOFÍA BELLÓ PÉREZ, LAURA PRIETO ARENAS, MELISSA BELLO-PEREZ, LAURA HUERTA MELÚS Y SHEILA FERNÁNDEZ NAVARRO	19
5	OSTEOPOROSIS Y MENOPAUSIA ALBA PENELA CARRASCO, ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA Y RAQUEL EIRAS LEAL	27
6	LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO ANA ISABEL GIL LIÑAN, MARIA ANGELES PANIZA MENDOZA Y LAURA LORENTE GEA	33
7	PERITONITIS AGUDA EN DIÁLISIS PERITONEAL EDUARDO JOSUÉ BANEGAS DERAS Y LUIS MARÍA BRAVO GONZÁLEZ-BLAS	37

8	MIOPERICARDITIS SECUNDARIA A TÓXICOS: REVISIÓN Y MANEJO TERAPÉUTICO ZOSER SAURA CARRETERO, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ, ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE, JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE Y ANTONIO DÍAZ GUIRAO	41
9	RESULTADO DE HOLTER INESPERADO, DIAGNÓSTICO CONFIRMADO JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE, ZOSER SAURA CARRETERO, ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ Y ANTONIO DÍAZ GUIRAO	45
10	OSPEMIFENO Y MENOPAUSIA ALBA PENELA CARRASCO, ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA Y RAQUEL EIRAS LEAL	49
11	MIOCARDIOPATÍA DILATADA TRAS ICTUS ISQUÉMICO EN VARÓN JÓVEN ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE, JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE, ZOSER SAURA CARRETERO, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ Y ANTONIO DÍAZ GUIRAO	55
12	TRATAMIENTO CON INSULINA EN LA DIABETES GESTACIONAL ALBA PENELA CARRASCO, ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA Y RAQUEL EIRAS LEAL	61
13	DIABETES LA ENFERMEDAD SILENCIOSA VIELKA BÀEZ PIMENTEL Y ARISTELA ARIAS ROSARIO	67
14	ASOCIACION DE AMILOIDOSIS CARDIACA Y MIELOMA MULTIPLE BEATRIZ PEREZ MARTINEZ, JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE, ANTONIO DÍAZ GUIRAO, ZOSER SAURA CARRETERO Y ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE	73
15	VALORACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN QUE TOMA EL PERSONAL DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) AL ACCEDER A UN PACIENTE EN AISLAMIENTO BELÉN PALACIOS ORTEGA	77

16	PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO. PACIENTE MUJER SOMETIDA A UNA MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA POR CÁNCER DE MAMA ALBA FERNÁNDEZ CÍA, TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA, ANA IZCO SALINAS, IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN Y MARCO ALDONZA TORRES	81
17	GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN ESPAÑA MERCEDES MARTÍNEZ VELA, LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE, BEATRIZ PLAZA CAMPOS Y ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO	95
18	TRABAJO NOCTURNO COMO FACTOR DE RIESGO FRENTE A PROCESOS ONCOLÓGICOS MARTA TOMÁS MUÑOZ, VANESSA NAVARRO AGUILAR, RAQUEL GENOVÉS PICÓ Y ÁNGEL ORTIZ FERNÁNDEZ	107
19	PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE DE CIRUGIA ESOFAGOGASTRICA IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN, ANA IZCO SALINAS, TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA, ALBA FERNÁNDEZ CÍA Y MIREN ROS AÑON	113
20	LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL PIE ZAMBO CON EL MÉTODO PONSETI MERCEDES MARTÍNEZ VELA, LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE, BEATRIZ PLAZA CAMPOS Y ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO	123
21	TRASTORNO POR ATRACÓN. LA NUEVA PANDEMIA DEL S.XXI. EL PAPEL DE ENFERMERÍA LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ Y ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS	131
22	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON EPOC LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE, BEATRIZ PLAZA CAMPOS, MERCEDES MARTÍNEZ VELA Y ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO	137

23 ACTOS DE ENFERMERÍA ANTE LOS DOLORS AGUDOS POST-OPERATORIO	
LYDIA RUBIO LÓPEZ, ALEJANDRO BORGE MARTINEZ, ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ, SERGIO ESTEBAN ESTEBAN Y SANDRA FERRERO SERRANO	143
24 ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS AL PACIENTE CON NUTRICIÓN POR Sonda NASOGÁSTRICA	
LYDIA RUBIO LÓPEZ, ALEJANDRO BORGE MARTINEZ, ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ, SERGIO ESTEBAN ESTEBAN Y SANDRA FERRERO SERRANO	149
25 ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN SANITARIA RURAL	
LYDIA RUBIO LÓPEZ, ALEJANDRO BORGE MARTINEZ, ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ, SERGIO ESTEBAN ESTEBAN Y SANDRA FERRERO SERRANO	155
26 PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN UN PACIENTE RECIÉN NACIDO INGRESADO EN UNA UNIDAD NEONATAL EN TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA	
VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ, VIRGINIA ALBERO GARRIDO, OLAIA TORRES ERICE, MARÍA CORREAS MARÍN Y MIREN ROS AÑON	159
27 ENFERMEDAD DE CROHN INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y RECOMENDACIONES POR ENFERMERÍA	
MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN, PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS, EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, ALVARO NOGUERO CRUZ Y GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS	169
28 PERCEPCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE OSTOMIZADO POR ENFERMERÍA	
ALVARO NOGUERO CRUZ, PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS, EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN Y GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS	175

29 ESTUDIO DEL MANEJO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA POR ENFERMERÍA	
GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS, PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS, EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN Y ALVARO NOGUERO CRUZ	179
30 CIRUGÍA BARIÁTRICA Y CALIDAD DE VIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO	
MARCO ALDONZA TORRES, VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ, VIRGINIA ALBERO GARRIDO, OLAIA TORRES ERICE Y MARÍA CORREAS MARÍN	187
31 INTERVENCION DEL ENFERMERIA ANTE LA TERAPIA DE DESBRIDAMIENTO LARVAL	
ANA FERNÁNDEZ PÉREZ, SANDRA GARCIA SÁNCHEZ Y JUDITH ÁLVAREZ RIESGO	193
32 ENFERMERA DE URGENCIA ANTE LA INTOXICACIÓN ETÍLICA	
ADELA RUIZ MUÑOZ, RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL, BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ, ELENA MELERO MORENO Y MARTA MONESCILLO CABALLERO	197
33 ENFERMERIA LOS INOTRÓPICOS Y VASOPRESORES COMO ESTRATEGÍA EN EL SHOCK	
ADELA RUIZ MUÑOZ, RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL, BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ, MARTA MONESCILLO CABALLERO Y ELENA MELERO MORENO	203
34 HIPOFUNCIÓN DEL TIROIDES: ENFERMERÍA	
ADELA RUIZ MUÑOZ, RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL, BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ, ELENA MELERO MORENO Y MARTA MONESCILLO CABALLERO	207
35 ENFERMERÍA Y EL ESTRÉS EN EL NIÑO QUIRÚRGICO	
SERGIO SANTOS TIRADO, ANTONIA DIAZ MUÑOZ, SARA DÍAZ ÍÑIGO, MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES Y ALMUDENA AROCA LOPEZ	211

36 ENFERMERÍA Y LA TÉCNICA MÖLNDALE EN LA CURACIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS	
SERGIO SANTOS TIRADO, ANTONIA DÍAZ MUÑOZ, SARA DÍAZ ÍÑIGO, MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES Y ALMUDENA AROCA LOPEZ	215
37 ENFERMERÍA Y UNA CRISIS EPILÉPTICA	
SERGIO SANTOS TIRADO, ANTONIA DÍAZ MUÑOZ, SARA DÍAZ ÍÑIGO, MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES Y ALMUDENA AROCA LOPEZ	221
38 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	
BEATRIZ GARCIA MENENDEZ, CRISTINA FERREIRO PELÁEZ, PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA, VANESA ALONSO GONZÁLEZ Y ANDREA VIEJO GONZÁLEZ	225
39 IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LESIÓN MAMARIA	
LORENA ÁLVAREZ ESCOBAR	229
40 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE CATETERISMO CARDÍACO VIA RADIAL	
PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA, CRISTINA FERREIRO PELÁEZ, ANDREA VIEJO GONZÁLEZ, BEATRIZ GARCIA MENENDEZ Y VANESA ALONSO GONZÁLEZ	233
41 INFECCIÓN POR TOXOPLASMA GONDII DURANTE EL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO	
TERESA MOLINA CAMBRA, ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ, EVA LAOSA RUANO, CORAL LÓPEZ ALFARO Y BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ	243
42 IMPORTANCIA DE LA VITAMINA D EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	
JOAQUÍN PANCORBO MENA, MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ Y MARÍA MARÍN SABARIEGO	247
43 LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA	
THALÍA TORRUBIA FRÍAS	251

44	HEMORRAGIA POSTPARTO PRECOZ. A PROPÓSITO DE UN CASO TERESA MOLINA CAMBRA, EVA LAOSA RUANO, BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ, CORAL LÓPEZ ALFARO Y ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ	255
45	ENFERMERÍA: TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO ANA TALAVERA SALVADOR, MARTA GARZÁS PARAMIO Y NATALIA GALLEGO VILLAFAINA	259
46	EL USO DE LA CAPNOGRAFÍA EN LOS PACIENTES CRÍTICOS ANA TALAVERA SALVADOR, MARTA GARZÁS PARAMIO Y NATALIA GALLEGO VILLAFAINA	265
47	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ANA TALAVERA SALVADOR, MARTA GARZÁS PARAMIO Y NATALIA GALLEGO VILLAFAINA	269
48	ACTUACIÓN ANTE UNA INTOXICACIÓN AGUDA MEDICAMENTOSA MARÍA MARÍN SABARIEGO, JOAQUÍN PANCORBO MENA Y MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ	275
49	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LIDERAZGO DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA ÁLVARO MARTÍN CAMINO, ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO, GEMA GARCÍA ASCOZ, JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO Y ELENA MUÑOZ MENENDEZ	279
50	ENFERMERÍA ANTE EL SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO BEATRIZ OEO DELGADO, VANESSA VILLARTA HIGUERA, MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO, BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN Y MARIA PORTELA COLAO	287
51	ENFERMERÍA Y SU INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE QUEMADO BEATRIZ OEO DELGADO, VANESSA VILLARTA HIGUERA, MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO, BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN Y MARIA PORTELA COLAO	291

52	ENFERMERIA ANTE EL PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA BEATRIZ OEO DELGADO, VANESSA VILLARTA HIGUERA, MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO, BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN Y MARIA PORTELA COLAO	299
53	HIPOTERMIA TERAPÉUTICA (HT) MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ, JOAQUÍN PANCORBO MENA Y MARÍA MARÍN SABARIEGO	305
54	PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA, CRISTINA FERREIRO PELÁEZ, BEATRIZ GARCIA MENENDEZ, ANDREA VIEJO GONZÁLEZ Y VANESA ALONSO GONZÁLEZ	311
55	ANALGESIA NO FARMACOLÓGICA PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN NEONATOS MERCEDES MARTÍNEZ VELA, BEATRIZ PLAZA CAMPOS, LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE Y ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO	321
56	ENFERMERÍA Y LA QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN EN EL CÁNCER DE LARINGE SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL, SILVIA PARADA QUIÑONES, LAURA LOPEZ MUÑOZ Y MARIA TERESA LEDESMA HERANCE	325
57	ENFERMERÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL, SILVIA PARADA QUIÑONES, LAURA LOPEZ MUÑOZ, MARIA TERESA LEDESMA HERANCE Y MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA	329
58	ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA RESIDUAL INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE TERAPIA ASISTIDA POR PERROS SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL, SILVIA PARADA QUIÑONES, LAURA LOPEZ MUÑOZ, MARIA TERESA LEDESMA HERANCE Y MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA	335

59	CÓDIGO DEONTOLÓGICO, FUNDAMENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA MYRIAN CARCELEN RODENAS, MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEG0, MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ, CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO Y PAULA JARA GARCÍA	341
60	EL PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y AUTOCUIDADO PAULA JARA GARCÍA, MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEG0, MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ, MYRIAN CARCELEN RODENAS Y CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO	345
61	VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA, FORMACIÓN EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEG0, CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO, PAULA JARA GARCÍA, MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ Y MYRIAN CARCELEN RODENAS	349
62	LAS ESTRATEGIAS EN LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ, ALEJANDRA GARCIA JIMENEZ, MARÍA HERES FERNÁNDEZ Y MARIA CRISTINA RODRÍGUEZ MORÁN	353
63	LOS CUIDADOS GENERALES EN LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ	359
64	USO INAPROPIADO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR MARIA VICTORIA IBARRULA GLERA	363
65	SÍNDROME GENITOURINARIO ASOCIADO A LA MENOPAUSIA. A PROPÓSITO DE UN CASO TERESA MOLINA CAMBRA, CORAL LÓPEZ ALFARO, BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ, EVA LAOSA RUANO Y ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ	367

66	LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SU IMPLEMENTACIÓN EN LA SANIDAD PRIMARIA LUCIA MENAS CRESPO	371
67	ENFERMERÍA: LA SALMONELOSIS MARIA CRISTINA PEREZ MAHIA	377
68	CUIDADOS AL PACIENTE TERMINAL VANESA GONZÁLEZ CARBAJAL	381
69	IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SANITARIA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA NURIA CEPEDAL FERRER	385
70	ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE UN PACIENTE ADULTO CON ARTROSIS CANDIDA ROSA VÁZQUEZ VÁZQUEZ	391
71	LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO ELDA PITA LÓPEZ	395
72	LA ZONA QUIRÚRGICA HOSPITALARIA Y EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA JOSEFA PÉREZ ROS, AMALIA GARCIA LAJARA, MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA, JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO Y ISABEL DÍAZ COTILLAS	407
73	EL PACIENTE TERMINAL-PALIATIVO Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AAUXILIARES DE ENFERMERÍA JOSEFA PÉREZ ROS, AMALIA GARCIA LAJARA, MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA, JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO Y ISABEL DÍAZ COTILLAS	415
74	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ZONA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSEFA PÉREZ ROS, AMALIA GARCIA LAJARA, MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA, JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO Y ISABEL DÍAZ COTILLAS	419

- 75 **TIPO DE INSTRUMENTAL DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A RAZON DE SUS FUNCIONES A REALIZAR**
JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ, FRANCISCA GARCÍA LORENZO,
NURIA MARTÍNEZ RAMÓN, MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN Y
RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ 423
- 76 **LA DIABETES EXPLICADO POR EL EQUIPO DE TÉCNICOS DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ, FRANCISCA GARCÍA LORENZO,
NURIA MARTÍNEZ RAMÓN, MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN Y
RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ 431
- 77 **TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA NARCOLEPSIA**
JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ, FRANCISCA GARCÍA LORENZO,
NURIA MARTÍNEZ RAMÓN, MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN Y
RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ 435
- 78 **TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA. FUNCIONES QUE REALIZA EN EL PERIOPERATORIO EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELDA PITA LÓPEZ 439
- 79 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTES QUEMADOS**
MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS, ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO,
CARMEN MARTIN ORTIZ, JOSEFA MILAN ANAYA Y OLGA VIECO
DE LAS HERAS 449
- 80 **EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS, ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO,
CARMEN MARTIN ORTIZ, JOSEFA MILAN ANAYA Y OLGA VIECO
DE LAS HERAS 453

- 81 EL PERSONAL TECNICO EN CUIDADES AUXILIARES DE ENFERMERIA EN PRIMEROS AUXILIOS**
MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS, ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO,
CARMEN MARTIN ORTIZ, JOSEFA MILAN ANAYA Y OLGA VIECO
DE LAS HERAS 457
- 82 EDUCACION SANITARIA POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA EXPLICAR DERECHOS DEL CUIDADOR ESCALA DE ZARIT**
RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ, VERONICA NUÑEZ GIL, ANA
MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS, MARÍA SONIA HERVÁS
SÁNCHEZ Y ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO 461
- 83 CONOCIMIENTOS Y CUIDADOS BÁSICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A UN PACIENTE CON DIARREA**
RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ, VERONICA NUÑEZ GIL, ANA
MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS, MARÍA SONIA HERVÁS
SÁNCHEZ Y ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO 465
- 84 ASMA PEDIÁTRICO CONOCIMIENTOS Y ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ, VERONICA NUÑEZ GIL, ANA
MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS, MARÍA SONIA HERVÁS
SÁNCHEZ Y ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO 469
- 85 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ZONA DE PARITORIO DE LOS HOSPITALES**
GEMA DONAIRE RODRIGUEZ, YOLANDA PAVÓN GOMEZ, MARÍA
DEL CARMEN GÓMEZ GIL, RAQUEL GARCIA SEMOLINO Y JOSEFA
BONILLA ROMERO 473
- 86 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: PRIMER CONTACTO MADRE E HIJO EN EL PARITORIO**
GEMA DONAIRE RODRIGUEZ, YOLANDA PAVÓN GOMEZ, MARÍA
DEL CARMEN GÓMEZ GIL, RAQUEL GARCIA SEMOLINO Y JOSEFA
BONILLA ROMERO 477

- 87 CUIDADOS PALIATIVOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
GEMA DONAIRE RODRIGUEZ, YOLANDA PAVÓN GOMEZ, MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL, RAQUEL GARCIA SEMOLINO Y JOSEFA BONILLA ROMERO 481
- 88 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO. CUIDADOS NECESARIOS**
MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ, PAULA PARDO GOMEZ, SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ, LAURA RISCOS RODRÍGUEZ Y NATALIA MAZA PUJALTE 485
- 89 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA LACTANCIA MATERNA**
VIRGINIA POBLETE CANILLAS, NASIMA OURTANE LAASRI, MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA, CONSUELO PERONA MARTÍNEZ Y BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA 491
- 90 TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES Y LA HIGIENE BUCAL EN PACIENTES PALIATIVOS**
VIRGINIA POBLETE CANILLAS, NASIMA OURTANE LAASRI, MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA, CONSUELO PERONA MARTÍNEZ Y BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA 495
- 91 FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA**
VIRGINIA POBLETE CANILLAS, NASIMA OURTANE LAASRI, MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA, CONSUELO PERONA MARTÍNEZ Y BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA 499
- 92 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y MANEJO DE LA CADUCIDAD DE LA MEDICACIÓN**
YOLANDA RUIZ BUITRAGO, ANTONIA SERRANO SERRANO, MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA Y MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA 503

93 PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PIEL CONSEJOS SANITARIOS MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA, ANTONIA SERRANO SERRANO, MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA Y YOLANDA RUIZ BUITRAGO	507
94 INTERVENCIÓN DEL TCAE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTACIÓN POR PEG MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA, ANTONIA SERRANO SERRANO, MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA Y YOLANDA RUIZ BUITRAGO	511
95 LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA. MIRIAM GARCIA RUIPEREZ, MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ Y JENNIFER GARCIA RUIPEREZ	515
96 TIPOS DE DIETAS MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL, MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO, SANDRA RAMOS LORENZO Y CLARA HERRERO FERNANDEZ	519
97 ESTRUCTURA DE LA PIEL SANDRA RAMOS LORENZO, MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO, CLARA HERRERO FERNANDEZ Y MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL	523
98 TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: INFECCIÓN BACTERIANA LLAMADA IMPÉTIGO KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL, ALMUDENA DEL RÍO CORRAL, MIHAI MANZAT, JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO Y SARA DOMÍNGUEZ MERINO	527
99 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON DAÑOS CEREBRALES KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL, ALMUDENA DEL RÍO CORRAL, MIHAI MANZAT, JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO Y SARA DOMÍNGUEZ MERINO	531
100 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON SANGRADO GASTROINTESTINAL KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL, ALMUDENA DEL RÍO CORRAL, MIHAI MANZAT, JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO Y SARA DOMÍNGUEZ MERINO	535

101	LA IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA CON EL PACIENTE POR EL PERSONAL TÉCNICO AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA, SANDRA ZAPATA ANGORA, PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO, FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO Y PATRICIA MEDINA FLORES	539
102	EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON HERPES ZOSTER MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA, SANDRA ZAPATA ANGORA, PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO, FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO Y PATRICIA MEDINA FLORES	543
103	TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL PROCESO DEL ANCIANO DESNUTRIDO MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA, SANDRA ZAPATA ANGORA, PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO, FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO Y PATRICIA MEDINA FLORES	547
104	MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LAS QUE TIENE COMPETENCIA EN SU RECOGIDA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ELDA PITA LÓPEZ	553
105	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE DE SALUD MENTAL SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ, MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ, LAURA RISCOS RODRÍGUEZ, NATALIA MAZA PUJALTE Y PAULA PARDO GOMEZ	567
106	EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL DESEMPEÑO DE LA LABOR PROFESIONAL DELAUXILIAR NATALIA MAZA PUJALTE, PAULA PARDO GOMEZ, MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ, SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ Y LAURA RISCOS RODRÍGUEZ	571

- 107 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT**
LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE, PILAR IBÁÑEZ PASTOR,
DAVID RAMOS GARCÍA, MARTA GIL CRUZ Y MARIA MAGDALENA
CRUZ DIAZ 575
- 108 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE, PILAR IBÁÑEZ PASTOR,
DAVID RAMOS GARCÍA, MARTA GIL CRUZ Y MARIA MAGDALENA
CRUZ DIAZ 579
- 109 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE, PILAR IBÁÑEZ PASTOR,
DAVID RAMOS GARCÍA, MARTA GIL CRUZ Y MARIA MAGDALENA
CRUZ DIAZ 583
- 110 TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS CONOCIMIENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
CARMEN MEGÍA PRIETO, LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO, ROSA
MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO, CONSUELO GUERRERO
HUÉSCAR Y MARTA MARTÍNEZ MOLERO 587
- 111 CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE TIPO DE PATOLOGÍAS DE LA LENGUA**
CARMEN MEGÍA PRIETO, LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO, ROSA
MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO, CONSUELO GUERRERO
HUÉSCAR Y MARTA MARTÍNEZ MOLERO 591
- 112 CONOCIMIENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LOS BENEFICIOS DE UNA DIETA ADECUADA A LOS CELÍACOS**
CARMEN MEGÍA PRIETO, LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO, ROSA
MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO, CONSUELO GUERRERO
HUÉSCAR Y MARTA MARTÍNEZ MOLERO 595

113 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN OFTALMOLOGÍA PAULA SALILLAS	599
114 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DEL ASEO TANYA ANGELOVA KARTSELSKA, SANDRA ZARZALEJO LLORENTE, SANDRA BUENDIA GÓMEZ, MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ Y BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO	603
115 RESÍDUOS SANITARIOS: NORMATIVA DE CASTILLA-LA MANCHA CLARA HERRERO FERNANDEZ, MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO, SANDRA RAMOS LORENZO Y MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL	609
116 URGENCIAS PEDIÁTRICAS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CONSUELO CALVO CARPINTERO, MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO, ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO, MARIA JUANA DELGADO ORTIZ Y JORGE MATIA BELTRÁN	613
117 SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO Y EL CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CONSUELO CALVO CARPINTERO, MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO, ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO, MARIA JUANA DELGADO ORTIZ Y JORGE MATIA BELTRÁN	617
118 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES DE DIALISIS CONSUELO CALVO CARPINTERO, MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO, ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO, MARIA JUANA DELGADO ORTIZ Y JORGE MATIA BELTRÁN	623
119 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PACIENTE TERMINAL SANDRA BUENDIA GÓMEZ, SANDRA ZARZALEJO LLORENTE, MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ, TANYA ANGELOVA KARTSELSKA Y BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO	627

120	PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS O DE MOVILIDAD REDUCIDA. PAPEL DEL AUXILIAR AINHOA LÓPEZ FERNÁNDEZ	633
121	EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE LA TEMPERATURA OMAR GARCÍA FERNÁNDEZ	637
122	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: USO DE LA GRÚA PARA TRASLADO DEL PACIENTE QUE REQUIERE AYUDA TOTAL LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ, ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ, MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS, MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ Y NOELIA GARCIA ARCONES	641
123	TÉCNICAS DE APOYO/COMUNICACIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO DESDE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) INES GONZALEZ ALBURQUERQUE, LORENA ÁLVAREZ ORDIERES, SONIA PULIDO HERENA, CELIA HUERTA MARTÍNEZ Y ANA BELEN SUAREZ FERNANDEZ	645
124	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO A LOS PACIENTES CON DISFAGIA MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO, CRISTINA FLORINA GRAMA, NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS, NATALIA ERUSTES LÓPEZ Y EVA MENCÍA MORENO	649
125	SÍNDROME DE CAPGRAS EVA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	653
126	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DE PACIENTES CON QUEMADURAS. IDENTIFICACIÓN Y CUIDADOS MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO, CRISTINA FLORINA GRAMA, NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS, NATALIA ERUSTES LÓPEZ Y EVA MENCÍA MORENO	657

- 127 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA REACCIÓN ANAFILÁCTICA
MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO, CRISTINA FLORINA GRAMA,
NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS, NATALIA ERUSTES LÓPEZ Y EVA
MENCÍA MORENO 661
- 128 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)
EN EL AMBITO SANITARIO: MOVILIZACION DEL PACIENTE
LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ, NOELIA GARCIA ARCONES, MARÍA
DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ, MARIA CRUZ PALOMO
CONTRERAS Y ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ 665
- 129 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
EXPONE EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO MEDIANTE UN
CASO CLÍNICO
CARMEN GARCÍA MUÑOZ, NURIA DE PAZ, ESMERALDA HIGUERA
SANCHEZ, ILHAM SALMI LHASNI Y MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ 669
- 130 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EXPLICA UN DUELO PATOLÓGICO
CARMEN GARCÍA MUÑOZ, MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ, NURIA
DE PAZ, ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ Y ILHAM SALMI LHASNI 673
- 131 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
EXPLICA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
CARMEN GARCÍA MUÑOZ, MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ, NURIA
DE PAZ, ILHAM SALMI LHASNI Y ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ 677
- 132 DELIRIO O ILUSIÓN DE CRISTAL
EVA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 681
- 133 EL SÍNDROME DE COTARD
EVA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 685
- 134 INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (NEUMONIA)
EVA BEATRIZ PRADO SUÁREZ 689
- 135 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PARTOS
AINHOA LÓPEZ FERNÁNDEZ 693

136 RIESGOS PSICO-SOCIALES PARA LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO	
MARÍA DEL ROSARIO GONZALEZ CELORIO, VANESA GALAN CARRANDI, LAURA CASTRILLO LHOSTE, MARIA DEL CARMEN MARIÑO BARROS Y MIRIAM COTO BEGEGA	697
137 SÍNDROME DE OTELO O CELOTIPIA	
EVA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	703
138 SÍNDROME DE DIÓGENES	
EVA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	707
139 CURA ACTUALIZADA DEL CORDÓN UMBILICAL	
MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ, MIRIAM GARCIA RUIPEREZ Y JENNIFER GARCIA RUIPEREZ	711
140 ALIMENTACIÓN DE UN PACIENTE DE EDAD AVANZADA Y DETERIORO COGNITIVO	
MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ, MIRIAM GARCIA RUIPEREZ Y JENNIFER GARCIA RUIPEREZ	713
141 LOS CUIDADOS DEL BEBÉ PREMATURO	
MIRIAM GARCIA RUIPEREZ, MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ Y JENNIFER GARCIA RUIPEREZ	717
142 LOS EFECTOS QUE PRODUCE SOBRE EL ORGANISMO LA APLICACIÓN DE TERAPIAS CON MÉTODOS FÍSICOS	
MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ, MIRIAM GARCIA RUIPEREZ Y JENNIFER GARCIA RUIPEREZ	721
143 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: ULCERAS POR PRESION.PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS	
LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ, ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ, NOELIA GARCIA ARCONES, MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ Y MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS	725
144 TIPOS DE SONDAS PARA LA ALIMENTACIÓN	
MIRIAM GARCIA RUIPEREZ, MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ Y JENNIFER GARCIA RUIPEREZ	729

145 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA OXIGENOTERAPIA	
MARIA BELEN CARRO RUBIERA	733
146 VIGILANCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	
ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA	739
147 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE LUPUS	
MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ, FRANCISCA LUZÓN SELVA, MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ Y MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA	743
148 EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LOS PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA	
MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ, FRANCISCA LUZÓN SELVA, MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ Y MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA	747
149 EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL	
MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ, FRANCISCA LUZÓN SELVA, MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ Y MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA	751
150 ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO	
JENNIFER GARCIA RUIPEREZ, MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ Y MIRIAM GARCIA RUIPEREZ	757
151 TIPOS DE ALIMENTACIÓN ENTERAL	
JENNIFER GARCIA RUIPEREZ, MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ Y MIRIAM GARCIA RUIPEREZ	761
152 LOS CAMBIOS POSTURALES	
JENNIFER GARCIA RUIPEREZ, MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ Y MIRIAM GARCIA RUIPEREZ	765

153	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO UCSI LIA ZELFA ALTEZ OBISPO, MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ, MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ, ANGELICA CABALLERO GOMÈZ Y DORA ELCY NARANJO CHICA	769
154	TURNICIDAD Y ALTERACIÓN DE BIORRITMOS EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL LAURA LLERA DIAZ, JESUS SOBRINO COIRA, LAURA ALONSO LÓPEZ Y ANDREA SUÁREZ DOS SANTOS	773
155	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU ENVEJECIMIENTO MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA, NURIA FERNÁNDEZ PRIETO, ALICIA SANTOS, ALBA HERVAS RUIZ Y JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO	779
156	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA, NURIA FERNÁNDEZ PRIETO, ALICIA SANTOS, ALBA HERVAS RUIZ Y JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO	785
157	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA, NURIA FERNÁNDEZ PRIETO, ALICIA SANTOS, ALBA HERVAS RUIZ Y JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO	789
158	LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES Y USUARIOS DE LOS CENTROS SANITARIOS JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ AMORES	793
159	REALIZACIÓN DE PARTO A TÉRMINO EXPUESTO POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) LIA ZELFA ALTEZ OBISPO, DORA ELCY NARANJO CHICA, MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ, MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y ANGELICA CABALLERO GOMÈZ	797
160	EFFECTOS DE LOS ANTIBIÓTICOS EN NIÑOS MARIA BUSTELO LOBO	801

- 161 REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA EXPUESTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
LIA ZELFA ALTEZ OBISPO, DORA ELCY NARANJO CHICA, MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ, MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y ANGELICA CABALLERO GOMÈZ 805
- 162 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE: FUNCIONES Y TIPOS DE NUTRIENTES**
MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA, JUAN DIEGO MOYA CANO, ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO, JUDIT LÓPEZ COLLADO Y LORENA LÓPEZ ABRIL 809
- 163 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS PRINCIPALES TRASTORNOS SANGUÍNEOS**
MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA, JUAN DIEGO MOYA CANO, ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO, JUDIT LÓPEZ COLLADO Y LORENA LÓPEZ ABRIL 815
- 164 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS PATOLOGÍAS DEL APARATO DIGESTIVO**
MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA, JUAN DIEGO MOYA CANO, ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO, JUDIT LÓPEZ COLLADO Y LORENA LÓPEZ ABRIL 821
- 165 LA PRESENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUANTO A LA ENFERMEDAD DE LA DEMENCIA SENIL**
ANA BELÉN DIAZ RUGARCÍA 827
- 166 POSTQUIRÚRGICO EN PRÓTESIS DE RODILLA POR PARTE DEL EQUIPO DE FISIOTERAPIA**
BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO, MARIA GEMA GALINDO TERCERO, MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS, ROSA GALLEGU ROMÁN Y ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL 831

- 167 INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN PACIENTES CON
FRACTURAS DE CLAVÍCULA**
BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO, MARIA GEMA GALINDO
TERCERO, MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS, ROSA GALLEGU ROMÁN
Y ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL 837
- 168 FISIOTERAPIA EN LESIÓN DEL NERVIO CUBITAL POR
EXTIRPACIÓN DE OSTEOCONDROMA**
BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO, MARIA GEMA GALINDO
TERCERO, MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS, ROSA GALLEGU ROMÁN
Y ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL 841
- 169 EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL
EN FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA**
MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA 847
- 170 CASO CLÍNICO: CERVICALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA**
JORGE ROLDÁN SEGURA, JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA, MANUEL
ALBERTO MARTINEZ GARCIA Y ELENA SÁEZ GARCÍA 853
- 171 TRATAMIENTO DE UNA HERNIA DISCAL MEDIANTE EL
EJERCICIO**
ELENA SÁEZ GARCÍA, JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA, JORGE
ROLDÁN SEGURA Y MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA 857
- 172 REHABILITACIÓN DE UNA PRÓTESIS DE CADERA. A PROPÓSITO
DE UN CASO CLÍNICO.**
ANA GAMUNDI OTERO Y CELESTINO GARCIA CAPILLA 861
- 173 ABORDAJE DE LA FASCITIS PLANTAR EN EL CORREDOR.
ABORDAJE EN FISIOTERAPIA.**
GEMA GARCÍA ASCOZ, ÁLVARO MARTÍN CAMINO, ELENA MUÑOZ
MENENDEZ, ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO Y JAVIER DAMIÁN
GALLEGU RODRIGO 865
- 174 TENDINOPATÍA DEL TENDÓN ROTULIANO EN EL BALONCESTO.
ABORDAJE EN FISIOTERAPIA**
JAVIER DAMIÁN GALLEGU RODRIGO, ÁLVARO MARTÍN CAMINO,
ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO, ELENA MUÑOZ MENENDEZ Y GEMA
GARCÍA ASCOZ 871

175 EL MASAJE INFANTIL EN EDAD TEMPRANA MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA, JORGE ROLDÁN SEGURA, JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA Y ELENA SÁEZ GARCÍA	877
176 FISIOTERAPIA EN LUXACIÓN DE RODILLA ANTONIO DÍAZ GUIRAO, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ, JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE, ZOSER SAURA CARRETERO Y ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE	881
177 DETECCIÓN DEL CARÁCTER SECRETOR DE LOS ANTÍGENOS DEL GRUPO SANGUÍNEO ABH EN LA SALIVA Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE VEJIGA MARÍA TERESA GONZALEZ NUÑEZ, FÁTIMA ARTIME GARCÍA, SARA CARRERA QUIROGA, LIDIA ALAEZ ALVAREZ Y MARTA MARÍA RECIO GARCÍA	885
178 DETERMINACIÓN DE GLUCOSA EN SANGRE ANA PÉREZ SÁNCHEZ	891
179 DETERMINACIÓN DE SANGRE EN LA ORINA ANA PÉREZ SÁNCHEZ	895
180 EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO ANTE LOS CUIDADOS DE PACIENTES EN UCI NOELIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ	899
181 TAC ESPECTRAL DE 256 CORTES ÚLTIMA TECNOLOGÍA MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA, ANA BELEN ORTEGA GARCIA, RAMIRO RUIZ GARCIA, MARIA DOLORES BELLON COBO Y MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME	903
182 LA REALIDAD VIRTUAL APLICADA AL APRENDIZAJE EN RADIOLOGÍA MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA, ANA BELEN ORTEGA GARCIA, RAMIRO RUIZ GARCIA, MARIA DOLORES BELLON COBO Y MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME	909

183 EL CÁNCER DE PRÓSTATA. TIPOS SEGÚN SU DIFERENCIACIÓN Y TRATAMIENTOS/ TERAPIAS PARA LA ERRADICACIÓN DE ESTA ENFERMEDAD	
NOELIA CAMPO DE LAMO, LAURA SALGADO MÉNDEZ, KATRINA ESPINAR HERRANZ, SILVIA MARTIN HERRERO Y MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ	913
184 TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN EN LOS TRATAMIENTOS RADIOTERÁPICOS. INMOVILIZADORES MÁS EMPLEADOS Y PARA QUÉ LOCALIZACIONES SE UTILIZAN	
NOELIA CAMPO DE LAMO, LAURA SALGADO MÉNDEZ, KATRINA ESPINAR HERRANZ, SILVIA MARTIN HERRERO Y MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ	919
185 FACTORES DE HERENCIA GENÉTICA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM)	
CARLA CHAMORRO RODRÍGUEZ Y LAURA RODRÍGUEZ JULIÁN	923
186 PRUEBAS DE LABORATORIO DE URGENCIA Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO	
ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ, MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ, MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ, GEMA MARIA PRADO MORA Y GRACIA MELLADO MOLINA	929
187 TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL CONTEO DE GLÓBULOS BLANCOS	
ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ, MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ, MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ, GEMA MARIA PRADO MORA Y GRACIA MELLADO MOLINA	933
188 TÉCNICO DE LABORATORIO: PARÁMETROS DE LA SERIE ROJA EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA	
ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ, MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ, MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ, GEMA MARIA PRADO MORA Y GRACIA MELLADO MOLINA	937
189 RADIOGRAFÍAS ANTE UNA URGENCIA.	
AROHA RUIZ CASTILLO	941

190 AVANCES TECNOLÓGICOS EN EL LABORATORIO LAURA RODRÍGUEZ JULIÁN Y CARLA CHAMORRO RODRÍGUEZ	945
191 EL TÉCNICO DE RAYOS Y SU PAPEL EN LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA SOBRE EL DOLOR VERTEBRAL MARÍA DEL ROCÍO HEVIA FERNANDEZ	949
192 DISTRIBUCIÓN POR RAZA Y SEXO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM) CARLA CHAMORRO RODRÍGUEZ	953
193 IMPACTO DE LOS RESIDUOS MEDICAMENTOSOS EN EL MEDIOAMBIENTE Y EN LA SALUD DE LAS PERSONAS LAURA VELASCO MORENO	957
194 EL GUIADO POR ULTRASONIDOS Y SUS PARÁMETROS DE ATENUACIÓN MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA, ANA BELEN ORTEGA GARCIA, RAMIRO RUIZ GARCIA, MARIA DOLORES BELLON COBO Y MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME	961
195 IRRADIACIÓN DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS EN RADIOTERAPIA PARA LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED: INDICACIONES Y DOSIS EMPLEADAS SILVIA MARTIN HERRERO, NOELIA CAMPO DE LAMO, KATRINA ESPINAR HERRANZ, LAURA SALGADO MÉNDEZ Y MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ	967
196 EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO Y LA TÉCNICA DE EKLUND MARTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	973
197 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR : ¿QUÉEN ES Y CUÁLES SON SUS FUNCIONES? CRISTIAN GALÁN VALLEJO	977
198 REENVASADO DE MEDICAMENTOS. CÓMO LA TECNOLOGÍA PUEDE FAVORECER SU IDENTIFICACIÓN Y MEJORAR SU USO-EFICACIA LAURA VELASCO MORENO	981

199	INDICACIÓN DEL USO DE RADIOTERAPIA EN PATOLOGÍAS NO ONCOLÓGICAS. EL EJEMPLO DEL QUELOIDES Y SU TÉCNICA DE TRATAMIENTO	
	SILVIA MARTIN HERRERO, LAURA SALGADO MÉNDEZ, NOELIA CAMPO DE LAMO, KATRINA ESPINAR HERRANZ Y MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ	985
200	EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO Y LA BIOPSIA TRANSTORÁCICA CON AGUJA GUIADA POR IMÁGENES	
	MARTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	991
201	DETECCIÓN RÁPIDA DE ROTAVIRUS, ADENOVIRUS Y NOROVIRUS EN HECES	
	VERÓNICA GONZÁLEZ ANTÓN, MÓNICA MERAYO TUYA Y NIEVES CASAIS ALLENDE	995
202	LEY GENERAL DE SANIDAD	
	MARINA RODRÍGUEZ URÍA	999
203	EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL RADIODIAGNÓSTICO EN EL ÁREA DE MEDICINA NUCLEAR	
	NATALIA ERUSTES LÓPEZ	1003
204	CONOCIMIENTOS SOBRE LA PLACA BACTERIANA DENTAL PARA EL HIGIENISTA BUCODENTAL	
	PATRICIA REDRUELLO SUÁREZ	1007
205	LA PROTONTERAPIA	
	LAURA SALGADO MÉNDEZ, MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ, KATRINA ESPINAR HERRANZ, SILVIA MARTIN HERRERO Y NOELIA CAMPO DE LAMO	1011
206	EL TÉCNICO DE RAYOS (TSID) EN LA ACTUACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍAS	
	ANA MARÍA CARBAJAL PRIETO, LAURA GONZÁLEZ ARBOLEYA, MIGUEL VARELA SANCHEZ Y ANDREA GONZÁLEZ DE LA RIVA	1015

207	¿CÓMO DEBE REALIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO? ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ, BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA, OLGA AGUDO ZAMORANO, RAQUEL GARCÍA BAUTISTA Y MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA	1019
208	EL PROBLEMA DE LA CARGA MENTAL SUFRIDA POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN SANIDAD ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ, BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA, OLGA AGUDO ZAMORANO, RAQUEL GARCÍA BAUTISTA Y MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA	1023
209	FUNCIONES Y PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ, BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA, OLGA AGUDO ZAMORANO, RAQUEL GARCÍA BAUTISTA Y MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA	1027
210	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON PACIENTES FALLECIDOS MÁXIMO MARTÍN GARCÍA, DIONISIO GALVEZ TORRES Y RAQUEL HUECAS LOPEZ	1031
211	LA CONCILIACIÓN FAMILIAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO VANESA CANO RODRÍGUEZ	1037
212	EL CELADOR EN LA PARTE DE FARMACIA DE LOS HOSPITALES MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ, DAVID MADRIGAL RICHART, BERNARDO GARCÍA GÓMEZ, ROBERTO VILLORA GÓMEZ Y CARMELO ESCUDERO DELGADO	1041
213	EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS Y LA FUNCION DEL CELADOR ANTE ESTOS CASOS MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ, DAVID MADRIGAL RICHART, BERNARDO GARCÍA GÓMEZ, ROBERTO VILLORA GÓMEZ Y CARMELO ESCUDERO DELGADO	1045

214 EL CELADOR EN LA PARTE DE URGENCIAS HOSPITALARIAS Y SUS FUNCIONES	
MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ, DAVID MADRIGAL RICHART, BERNARDO GARCÍA GÓMEZ, ROBERTO VILLORA GÓMEZ Y CARMELO ESCUDERO DELGADO	1049
215 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PROGRAMACIÓN DE CITAS EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	
MACARENA GIL FERNANDEZ, MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA, MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ, FRANCISCA LÓPEZ LARA Y ROSARIO TOLEDO CAMPOS	1053
216 UNIDAD DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES Y LAS GESTIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
MACARENA GIL FERNANDEZ, MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA, MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ, FRANCISCA LÓPEZ LARA Y ROSARIO TOLEDO CAMPOS	1057
217 FUNCIONES DEL CELADOR DE PUERTA	
ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ, NOELIA IGLESIAS SILVA, DAVID CESPEDES MARTÍN, YOLANDA BRUCES SANCHEZ Y VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA	1061
218 SUGERENCIAS, RECLAMACIONES Y QUEJAS TRAMITADAS POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS SANITARIOS	
MACARENA GIL FERNANDEZ, MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA, MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ, FRANCISCA LÓPEZ LARA Y ROSARIO TOLEDO CAMPOS	1065
219 EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO	
ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ, NOELIA IGLESIAS SILVA, DAVID CESPEDES MARTÍN, YOLANDA BRUCES SANCHEZ Y VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA	1069
220 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CELADOR	
ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ, NOELIA IGLESIAS SILVA, DAVID CESPEDES MARTÍN, YOLANDA BRUCES SANCHEZ Y VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA	1073

221	EL PAPEL DEL CELADOR EN LOS TRASLADOS CON ENFERMOS EN SILLA DE RUEDAS ROSA MARIA CASTELLANO CUPIDO	1077
222	DEL ALCOHOL AL ALCOHOLISMO LILIÁN MARTÍNEZ SUÁREZ	1081
223	LA ROPA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO ANA DEL VALLE TOYOS	1085
224	EL CELADOR Y LOS COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN (EMISOR, MENSAJE Y RECEPTOR) VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN, MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN, MARIA GENOVEVA GALLEG0 TREJOS, ROSA MARIA PLAZA GOMEZ Y ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES	1089
225	EXPOSICIÓN DE REDUCCIÓN-CONTENCIÓN EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO ALTERADO: EL PAPEL DEL CELADOR ROSA MARIA PLAZA GOMEZ, MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN, MARIA GENOVEVA GALLEG0 TREJOS, VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN Y ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES	1095
226	EL PAPEL Y CONOCIMIENTOS DEL CELADOR AL RESPECTO DEL ASEO DEL ENFERMO RAQUEL GÓMEZ PELIGROS	1099
227	EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA PREVENCIÓN DE MICROORGANISMOS PATÓGENOS ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES, MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN, MARIA GENOVEVA GALLEG0 TREJOS, VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN Y ROSA MARIA PLAZA GOMEZ	1103
228	FUNCIONES DE EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN ENTORNOS SANITARIOS JESSICA GONZÁLEZ VIGIL	1107

- 229 ESTACIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA (ECAP), NUEVO PROGRAMA QUE AGILIZA EL TRABAJO ADMINISTRATIVO EN ÁMBITO SANITARIO
MARIA DEL CARMEN LOPEZ SUAREZ, MARIAM CORREA FERNANDEZ, LAURA FERNÁNDEZ MARQUÉS, MARIA BELEN FIDALGO MUÑOZ Y SARA GONZÁLEZ LÓPEZ 1113
- 230 SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO EN EL CENTRO HOSPITALARIO
SONIA ABAD CORTES 1117
- 231 ÁREA DE FALLECIDOS DE LOS HOSPITALES Y FUNCIONES DEL CELADOR EN ESTAS
YOLANDA CANTON SALAZAR, RAFAELA CANTON SALAZAR, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA, ABEL SALAZAR CANTON Y MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON 1121
- 232 ZONA DE CLASIFICACIÓN, CONTENEDORES, MESAS DE CLASIFICACIÓN, CINTAS Y BÁSCULAS EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA
JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ, MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ Y JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS 1125
- 233 EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN GRÚA
YOLANDA CANTON SALAZAR, RAFAELA CANTON SALAZAR, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA, MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON Y ABEL SALAZAR CANTON 1129
- 234 EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA TÉCNICA DE DECÚBITOS LATERALES
YOLANDA CANTON SALAZAR, RAFAELA CANTON SALAZAR, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA, MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON Y ABEL SALAZAR CANTON 1133
- 235 LA ROPA SUCIA: MANIPULACIÓN, RECOGIDA, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA
MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ, JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ Y JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS 1137

236EL CELADOR EN LA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA MANUELA CALERO PARRA, ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA Y RAMONA CAMPOS CAMPOS	1141
237TRASLADO DEL PACIENTE POR EL CELADOR RAMONA CAMPOS CAMPOS, MANUELA CALERO PARRA Y ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE	1145
238EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS, MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ Y JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ	1149
239LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE EL LAVADO DE MANOS DEL CELADOR ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA, JAVIER MELLADO MONTEJANO Y MANUELA CALERO PARRA	1153
240EL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE DE LA SILLA DE RUEDAS A UN VEHÍCULO GONZALO RUBIO ARAQUE, ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ, GELDA VILLAMOR AGUADO, JAIME ORTIZ MARTIN Y LAURA CASERO HERNÁNDEZ	1157
241EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL MENÚ BASAL MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ, FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ, JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO, MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL Y SALVADOR PALAZON VALCARCEL	1163
242EL PINCHE DE COCINA Y LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ, FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ, JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO, MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL Y SALVADOR PALAZON VALCARCEL	1167

243	PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA DIETA IDEAL PARA PACIENTES QUE TOMAN SINTROM MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ, FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ, JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO, MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL Y SALVADOR PALAZON VALCARCEL	1171
244	EL CELADOR EN NECROPSIAS ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ, GONZALO RUBIO ARAQUE, LAURA CASERO HERNÁNDEZ, JAIME ORTIZ MARTIN Y GELDA VILLAMOR AGUADO	1175
245	EFFECTOS PERJUDICIALES PARA LA SALUD DE LA EXPOSICIÓN AL ARSÉNICO JAVIER GONZÁLEZ GARRIDO	1181
246	AUXILIAR ADMINISTRATIVO: GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ, MARGARITA PATERNA RAMÓN, MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN, MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ Y AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ	1185
247	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ, MARGARITA PATERNA RAMÓN, MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN, MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ Y AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ	1189
248	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GRAN IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA POSTURA EN SUS HORAS DE TRABAJO EN LOS CENTROS SANITARIOS JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ, MARGARITA PATERNA RAMÓN, MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN, MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ Y AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ	1195

249	EL PINCHE DE COCINA Y LA DIVERSIDAD DE DIETAS PARA ENFERMOS INGRESADOS EN CENTROS HOSPITALARIOS VANESA GARRIDO HERRERA, MARÍA NIEVES VALLE, MARTA GARRIDO HERRERA, MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL Y JORGE ROMERO MATEO	1199
250	SÍNDROME DE BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO GLORIA MARTINEZ HUECAS	1203
251	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS AGRESIONES EN SANIDAD GLORIA MARTINEZ HUECAS	1209
252	¿QUÉ SUPONE EL PROBLEMA DE LA CARGA MENTAL EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN SANIDAD? NIEVES POLA FERNANDEZ, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA, JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS, ANA MARÍA PARRA LIZANO Y MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ	1213
253	EDUCACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO PARA REALIZAR UNA ÓPTIMA HIGIENE POSTURAL NIEVES POLA FERNANDEZ, JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS, ANA MARÍA PARRA LIZANO, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA Y MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ	1217
254	RESOLUCIÓN POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LAS QUEJAS Y SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES NIEVES POLA FERNANDEZ, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA, JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS, ANA MARÍA PARRA LIZANO Y MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ	1221
255	AGRESIONES AL PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO MARIA PAZ GONZALEZ GARCIA	1225
256	EL ACOSO LABORAL O MOBBING DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO MARIA PAZ GONZALEZ GARCIA	1229

257	TIPOS DE CAMAS HOSPITALARIAS QUE DEBE CONOCER Y UTILIZAR EL CELADOR JAVIER MELLADO MONTEJANO, ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA Y ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE	1233
258	EL PINCHE DE COCINA, COCINANDO PARA DIABÉTICOS MARÍA NIEVES VALLE, VANESA GARRIDO HERRERA, MARTA GARRIDO HERRERA, MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL Y JORGE ROMERO MATEO	1237
259	LA ACTUACION DEL CELADOR EN UNA EMERGENCIA Y PLAN DE EVACUACIÓN YOLANDA QUINTIN ALVAREZ	1241
260	INTRODUCCIÓN AL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN MARCIAL RODRIGUEZ GARCIA	1247
261	EL CELADOR Y LA SALA DE AUTOPSIAS. ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE, JAVIER MELLADO MONTEJANO Y RAMONA CAMPOS CAMPOS	1251
262	POSIBLE FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE CENTROS HOSPITALARIOS PRODUCIDA POR CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS JAVIER GONZÁLEZ GARRIDO	1255
263	LAS DIETAS Y EL PINCHE DE COCINA ALICIA MORENO PÉREZ, BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ, ANTONIO IGUAL FERNANDEZ, FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO Y LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN	1263
264	EL PINCHE DE COCINA Y LA PREVENCION DE RIESGOS Y ACCIDENTES ALICIA MORENO PÉREZ, BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ, ANTONIO IGUAL FERNANDEZ, FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO Y LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN	1267

- 265 EL PINCHE DE COCINA Y LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS**
ALICIA MORENO PÉREZ, BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ,
ANTONIO IGUAL FERNANDEZ, FRANCISCA FERNANDEZ
SANTIAGO Y LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN 1271
- 266 EL CELADOR Y LOS ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN**
MONICA MERO CAMACHO, LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA,
MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ Y JOSEFA SEGOVIA HARO 1275
- 267 CLASES DE CELADORES SEGÚN SU ÁREA DE TRABAJO**
MONICA MERO CAMACHO, LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA,
MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ, JOSEFA SEGOVIA HARO
Y DESIDERIO GÓMEZ VELASCO 1281
- 268 EL CELADOR ANTE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**
MONICA MERO CAMACHO, LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA,
MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ, JOSEFA SEGOVIA HARO
Y DESIDERIO GÓMEZ VELASCO 1285
- 269 EL SERVICIO DE QUIRÓFANO Y LAS LABORES DE SUS CELADORES**
JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL, JOSE MANUEL SANTIAGO
MORENO, MONTSERRAT MORALES QUIRALTE, MARÍA DEL PILAR
GARCÍA SANTIAGO Y LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO 1289
- 270 EL SERVICIO DE URGENCIAS: LOS CELADOR Y SUS LABORES**
JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL, JOSE MANUEL SANTIAGO
MORENO, MONTSERRAT MORALES QUIRALTE, MARÍA DEL PILAR
GARCÍA SANTIAGO Y LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO 1295
- 271 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL ÁCIDO FÓLICO EN LOS
ALIMENTOS PARA LOS PACIENTES**
ISABEL HONRUBIA GARCIA, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ,
ANTONIA ALFARO CUERDA, CARIDAD GOMEZ HONRUBIA Y
ANTONIA HONRUBIA GARCÍA 1301

- 272 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA IMPORTANCIA DE LA VITAMINA A EN LOS ALIMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LOS HOSPITALES**
ISABEL HONRUBIA GARCIA, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ, ANTONIA ALFARO CUERDA, ANTONIA HONRUBIA GARCÍA Y CARIDAD GOMEZ HONRUBIA 1305
- 273 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL ANALISIS FISICOQUÍMICO DE LOS ALIMENTOS EN EL CONTROL DE CALIDAD**
ISABEL HONRUBIA GARCIA, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ, ANTONIA ALFARO CUERDA, ANTONIA HONRUBIA GARCÍA Y CARIDAD GOMEZ HONRUBIA 1309
- 274 EL CELADOR Y SU FUNCIÓN CON LA GRÚA EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES**
MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO, FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS, BEATRIZ PATON ARMERO, PEDRO GABALDÓN SANCHEZ Y CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA 1313
- 275 PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR EN EL MORTUORIO HOSPITALARIO**
MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO, FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS, BEATRIZ PATON ARMERO, PEDRO GABALDÓN SANCHEZ Y CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA 1317
- 276 TÉCNICA DE DECÚBITOS LATERALES Y PAPEL DEL CELADOR EN ESTA TÉCNICA**
MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO, FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS, BEATRIZ PATON ARMERO, PEDRO GABALDÓN SANCHEZ Y CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA 1321

- 277 CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS DE LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL**
ÁNGEL MANUEL FRAGA FERNÁNDEZ, ADRIANA VIEIRA MARTINS,
ANDREA FERNÁNDEZ TEJERO, MARÍA BELÉN LÓPEZ BRAÑA Y
GLORIA GARCÍA SENCHERMAN 1327
- 278 AGRESIVIDAD HACIA EL CELADOR EN CENTROS SANITARIOS**
MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ, MANUEL GARCIA FERNANDEZ,
MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA, ALFONSO GARCIA
MARINA Y MARTA TEJEDA CHUMILLAS 1331
- 279 PROCEDIMIENTO DEL CELADOR ANTE UN EXITUS**
MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ, MARTA TEJEDA CHUMILLAS,
ALFONSO GARCIA MARINA, MARÍA INMACULADA VILLORA
MOYA Y MANUEL GARCIA FERNANDEZ 1335
- 280 EL CELADOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS, HISTORIA, EVOLUCIÓN, FUNCIONES Y FORMACIÓN**
CRISTINA FLORINA GRAMA, EVA MENCÍA MORENO Y NURIA
GÓMEZ DE LAS MOZAS 1339
- 281 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS Y EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO**
CRISTINA FLORINA GRAMA, EVA MENCÍA MORENO Y NURIA
GÓMEZ DE LAS MOZAS 1343
- 282 LAS ENFERMEDADES QUE SE ASOCIAN AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
SARA BALLESTEROS PINEDO, MARÍA INÉS MESAS VALERA Y
MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR 1347
- 283 LA ATENCIÓN A COLECTIVOS ESPECIALES POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
SARA BALLESTEROS PINEDO, MARÍA INÉS MESAS VALERA Y
MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR 1353
- 284 EL TRABAJO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
SARA BALLESTEROS PINEDO, MARÍA INÉS MESAS VALERA Y
MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR 1359

- 285 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA EN EL TRABAJO. PLAN PERSEO**
M.JOSE GARRIDO BARRERA, VANESA RUBIO AYALA, EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO, MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA SIERRA DE LA FLOR Y IVÁN ARAQUE CASTELLANOS 1363
- 286 FUNCIONES DE UN CELADOR EN QUIRÓFANO**
M.JOSE GARRIDO BARRERA, VANESA RUBIO AYALA, EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO, MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA SIERRA DE LA FLOR Y IVÁN ARAQUE CASTELLANOS 1367
- 287 CELADOR CONDUCTOR**
M.JOSE GARRIDO BARRERA, VANESA RUBIO AYALA, EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO, MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA SIERRA DE LA FLOR Y IVÁN ARAQUE CASTELLANOS 1371
- 288 EL CELADOR Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN LA SANIDAD**
MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ, MARTA TEJEDA CHUMILLAS, ALFONSO GARCIA MARINA, MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA Y MANUEL GARCIA FERNANDEZ 1375
- 289 LA ACTUACION DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS Y ALMACENES HOSPITALARIOS**
SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ, SUSANA DÍAZ GARCÍA, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, LAURA DÍAZ GARCÍA Y LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ 1379
- 290 HIGIENE POSTURAL Y ERGONOMIA PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO**
SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ, SUSANA DÍAZ GARCÍA, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, LAURA DÍAZ GARCÍA Y LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ 1385
- 291 LA FATIGA VISUAL EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCION SANITARIA.**
SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ, SUSANA DÍAZ GARCÍA, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, LAURA DÍAZ GARCÍA Y LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ 1391

292	EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA Y SUS CELADORES JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL, MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO, LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO, MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE Y JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO	1397
293	EL PINCHE DE COCINA Y LOS ASPECTOS DIETÉTICOS EN DISTINTAS ETAPAS DEL DESARROLLO JORGE ROMERO MATEO, VANESA GARRIDO HERRERA, MARÍA NIEVES VALLE, MARTA GARRIDO HERRERA Y MARÍA DEL PRADO DÍAZ CORRAL	1403
294	EL CELADOR. LAS SUJECIONES MECÁNICAS Y SUS ALTERNATIVAS LAURA CASERO HERNÁNDEZ, GELDA VILLAMOR AGUADO, ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ, JAIME ORTIZ MARTIN Y GONZALO RUBIO ARAQUE	1407
295	EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DEL PACIENTE JUAN ANTONIO LORENZO VEGA	1413
296	LOS RESIDUOS SANITARIOS Y LA CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE CONTENEDORES JESÚS JAVIER CASTRO MENÉNDEZ Y PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ	1417
297	AGRESIONES AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN	1423
298	LA CONCILIACION DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL ARTURO LONGORIA ALVAREZ	1427
299	IMPORTANCIA DE LA VACUNA CONTRA LA COVID 19 ARTURO LONGORIA ALVAREZ	1431
300	COVID 19 EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO CARMEN MARIA UFANO MAYOR	1435

- 301PROTECCION DE DATOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
MERCEDES DIAZ RODRIGUEZ, ELENA CUEVAS ROCES, MARIA DEL
PILAR HEVIA MENENDEZ, MARIA SUSANA MARTINEZ SANCHEZ Y
MARIA LUISA SAMPEDRO DIAZ 1439
- 302SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL
NO SANITARIO**
ELENA CUEVAS ROCES, MERCEDES DIAZ RODRIGUEZ, MARIA DEL
PILAR HEVIA MENENDEZ, MARIA SUSANA MARTINEZ SANCHEZ Y
MARIA LUISA SAMPEDRO DIAZ 1443
- 303CONTROLAR AL PACIENTE VIOLENTO**
MARIA DEL PILAR HEVIA MENENDEZ, MERCEDES DIAZ
RODRIGUEZ, ELENA CUEVAS ROCES, MARIA SUSANA MARTINEZ
SANCHEZ Y MARIA LUISA SAMPEDRO DIAZ 1447
- 304NORMATIVA BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**
M DOLORES GARCÍA LÓPEZ 1451
- 305DISTINTAS DIETAS EN LOS HOSPITALES**
ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO, MARIA DEL CARMEN LOPEZ
BALLESTEROS, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ, DAVID DIAZ MARIANO
Y MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ 1459
- 306APROVISIONAMIENTO DE GÉNEROS EN LAS COCINAS
HOSPITALARIAS**
ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO, MARIA DEL CARMEN LOPEZ
BALLESTEROS, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ, DAVID DIAZ MARIANO
Y MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ 1463
- 307MEDIDAS PREVENTIVAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO, MARIA DEL CARMEN LOPEZ
BALLESTEROS, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ, DAVID DIAZ MARIANO
Y MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ 1467
- 308RELACIÓN ENTRE COVID Y SALUD MENTAL**
AMELIA AGUARON LANGARITA 1471

309	ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA ANA PÉREZ SÁNCHEZ	1475
310	LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA EN LOS PROFESIONALES DE LAVANDERÍA MONICA MARTINEZ COSIO	1479
311	MANIPULACION CORRECTA DE CARGAS POR PARTE DEL CELADOR Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SARA GONZÁLEZ LÓPEZ	1483
312	EL CELADOR Y SU CALIFICACIÓN COMO PERSONAL SANITARIO FELIPE HERNÁNDEZ SALAS	1487
313	EL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS MÉTODOS DE PREPARACIÓN DEL PESCADO MARIA YOLANDA MARTINEZ ORVIZ	1491
314	ENFERMEDAD DE KIENBÖCK DESDE EL PUNTO DE VISTA REHABILITADOR DE LA TERAPIA OCUPACIONAL LAURA DE ANA CALVO, NOEMI BORIS DÍAZ, SARA LÓPEZ RODRÍGUEZ, MARIA ARIS FERNANDEZ FERNANDEZ Y MARIA DEL ROSARIO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ	1495
315	LA ATENCIÓN PRIMARIA: LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS VANESA ALVAREZ SOMIEDO	1501
316	LA UNIDAD DEL PACIENTE MARÍA TERESA GARCIA MENENDEZ	1505
317	MANIPULACIÓN DE CARGAS Y EL ELECTRICISTA DE UN CENTRO SANITARIO JOSE IVAN VALDES NUÑEZ	1509

318	LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS ALMACENES GENERALES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO, CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA, MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN Y LUIS SANTOS ROBLES	1513
319	FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LAS UNIDADES DE URGENCIAS INTRODUCCIÓN ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO, CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA, MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN Y LUIS SANTOS ROBLES	1517
320	EL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO, CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA, MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN Y LUIS SANTOS ROBLES	1521
321	EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN SALUD PÚBLICA PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ, CLARA EUGENIA GONZALEZ GARCIA, MARÍA HERES FERNÁNDEZ, JOSE IGNACIO GOMEZ ORDÓÑEZ Y MARIA CRISTINA RODRÍGUEZ MORÁN	1525
322	PLAN PARA LA GESTIÓN DE RESIDUOS EN LA COCINA HOSPITALARIA FRANCISCO JOSE VAZQUEZ CARREÑO	1529
323	EL SINDROME DEL TUNEL CARPIANO EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ	1533
324	PROTECCION FRENTE AL COVID 19 NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ	1537
325	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ	1541

326	LA IMPORTANCIA DE REALIZAR LA REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)	1545
	NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ	
327	COMO SER UN BUEN ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANTITARIO.	1549
	NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ	
328	LAS INTERVENCIONES QUE DESEMPEÑA UN CELADOR EN EL ÁREA DE URGENCIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	1553
	MONTSERRAT MURO MONTEAGUDO, PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES, OSCAR BERMEJO GUIJARRO, SILVIA RATON ÁLVAREZ Y RICARDO AGUIRRE GONZÁLEZ	
329	EL CELADOR EN UNA FARMACIA HOSPITALARIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	1557
	PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES, MONTSERRAT MURO MONTEAGUDO Y OSCAR BERMEJO GUIJARRO	
330	PLAN DE TRAZABILIDAD EN LA COCINA HOSPITALARIA	1561
	FRANCISCO JOSE VAZQUEZ CARREÑO	
331	LOS RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL AMBITO DEL CELADOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	1565
	OSCAR BERMEJO GUIJARRO Y PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES	

Capítulo 1

HEMOGLOBINOPATÍAS TALASÉMICAS Y ESTRUCTURALES

ALICIA SÁNCHEZ CRESPO

1 Introducción

El hematíe o eritrocito es el elemento celular más abundante de la sangre, comportando cerca del 50% del volumen sanguíneo. Los hematíes maduros sobreviven en el torrente sanguíneo unos 90 a 120 días antes de ser eliminados por los macrófagos del hígado y bazo. Son células sin núcleo y carecen de organelas citoplasmáticas, estructuras que han sido sustituidas por la hemoglobina, cuya función principal es la oxigenación de los tejidos (1).

La molécula de hemoglobina está formada por cuatro cadenas proteicas denominadas globinas, iguales dos a dos, a cada una de las cuales se le une un grupo hemo que contiene un átomo de hierro. Se describen seis tipos de cadenas de globina denominadas alfa (α), beta (β), gamma (γ), delta (δ), epsilon (ϵ) y zeta (ζ), aunque sólo las cuatro primeras forman parte de la hemoglobina del adulto, que se compone de una mezcla de tres subtipos: hemoglobina A ($\alpha_2\beta_2$), hemoglobina A2 ($\alpha_2\delta_2$) y hemoglobina fetal ($\alpha_2\gamma_2$), representando, respectivamente, más del 90%, hasta el 3,5% y menos del 1% de la hemoglobina en la edad adulta (2).

Según la Organización Mundial de la Salud la anemia se define por la disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de unos límites determinados por la edad, género, embarazo y ciertos valores ambientales como la altitud (3).

Las hemoglobinopatías constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias autosómicas recesivas producidas por alteraciones de la molécula de hemoglobina. Básicamente se dividen en talasemias, por disminución o ausencia

de síntesis de una cadena normal, y hemoglobinopatías estructurales, por la síntesis de una hemoglobina anómala (4). Aunque de distribución mundial, es conocido que la patología estructural del hematíe es más frecuente en determinadas razas y localizaciones por la selección natural provocada por la malaria.

Los individuos heterocigotos pueden mostrar alteraciones en el hemograma, pero raramente manifestaciones clínicas, las cuales sí se presentan en los individuos homocigotos; de ahí la importancia de su detección con vistas al consejo genético (5).

2 Objetivos

- Exponer las principales características de las hemoglobinopatías más frecuentes.
- Explicar las características clínicas y métodos diagnósticos de los distintos tipos de hemoglobinopatías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, así como una búsqueda sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos como Pubmed, MedlinePlus, StatPearls o Uptodate.

4 Resultados

1. Talasemias

Son un grupo heterogéneo de enfermedades debidas a alteraciones en la síntesis de las cadenas α y β de la globina. Ello da lugar a un desequilibrio entre ambas y a la acumulación dentro del hematíe de la cadena sobrante. Cada tipo de talasemia se denomina según la cadena que deja de sintetizarse.

Las talasemias son frecuentes en el área mediterránea, así como en población africana, la India y el Sudeste asiático. En general, presentan microcitosis (hematíes de menor tamaño del habitual) e hipocromía (menor concentración de hemoglobina entraeritrocitaria).

1.1. Alfa talasemia (α talasemia)

Se produce por la falta de síntesis total ($\alpha 0$) o parcial ($\alpha +$) de cadenas α . La dotación genética normal es $\alpha\alpha/\alpha\alpha$, puesto que la síntesis de la cadena α viene determinada por dos pares de genes, situados en el cromosoma 16.

El principal mecanismo por el que se produce la α talasemia es por delección o pérdida de parte del material genético del gen, siendo muy infrecuentes las mutaciones.

Las delecciones de uno o dos genes producen una leve microcitosis, con o sin anemia, con un discreto aumento en la cifra de hematíes.

La delección de tres genes produce la enfermedad por hemoglobina H y se caracteriza por una presentación muy variable, desde anemia intensa a hemoglobina normal, pero con microcitosis e hipocromía; puede haber moderada hemólisis e ictericia acompañante.

La delección de cuatro genes es incompatible con la vida, produciendo un cuadro de hydrops fetalis.

Aunque puede sospecharse por los datos del hemograma, la confirmación diagnóstica sólo puede efectuarse mediante estudio molecular (6).

1.2. Beta talasemia (β talasemia)

Las β talasemias son el resultado de la falta de síntesis total ($\beta 0$) o parcial ($\beta +$) de cadenas β de globina. La dotación genética normal es $\beta\beta$, es decir, la cadena β viene determinada por dos genes, situados en el cromosoma 11, y sus alteraciones suelen deberse, a diferencia de las α talasemias, a mutaciones puntuales.

La forma heterocigota, también conocida como β talasemia menor o rasgo β talasémico, es generalmente asintomática, aunque cursa con microcitosis e hipocromía; la cifra de hemoglobina puede ser normal o ligeramente descendida y suele acompañarse de una poliglobulia compensadora (5).

El dato diagnóstico característico es una cifra de hemoglobina A2 por encima del 3,5 %. Para su determinación el método diagnóstico más aceptado en la actualidad es la cromatografía líquida de alta resolución o HPLC (High Performance Liquid Chromatography). Otros métodos diagnósticos son la electroforesis capilar o la cuantificación de hemoglobina A2 por cromatografía en micro columna (7).

La forma homocigota, denominada beta talasemia mayor o anemia de Cooley, es la forma más grave. La clínica aparece a partir de los 4-5 meses de vida, cuando se produce el recambio de las cadenas γ por las cadenas β . La falta de síntesis de las cadenas β da lugar a eritropoyesis ineficaz y a hemólisis provocando una anemia microcítica intensa que requerirá transfusiones periódicas.

La clínica es muy severa. Se ve afectado el desarrollo ponderal y psicomotor. Al estimularse de forma excesiva la proliferación medular de la serie roja, se produce hepatoesplenomegalia y un aumento del espacio medular de los huesos planos.

La hemólisis crónica y las transfusiones periódicas dan lugar a una sobrecarga de hierro progresiva que provocará insuficiencias en los órganos, fundamentalmente, corazón, hígado y páncreas, y que será el motivo principal de fallecimiento en estos pacientes a edades muy tempranas. La hemoglobina A está muy descendida o prácticamente ausente, y destaca un gran predominio de hemoglobina fetal, de hasta el 95 % del total.

De nuevo, el diagnóstico más certero será a nivel molecular.

Las formas heterocigotas no necesitan ningún tipo de tratamiento. Se recomienda ácido fólico profiláctico como en todas las situaciones de hemólisis crónica, aunque con el aporte en la dieta suele ser suficiente.

Las formas homocigotas son transfusión dependientes y, actualmente, el único tratamiento curativo eficaz es el trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos. Están en fase de investigación diversos tratamientos como moduladores de la hemoglobina fetal y de la eritropoyesis, así como la terapia génica (8).

1.3. Delta beta talasemia ($\delta\beta$ talasemia)

Se caracteriza por un defecto en la síntesis de las dos cadenas δ y β .

Las formas heterocigotas se caracterizan por microcitosis y por una elevación de hemoglobina fetal de hasta el 18 %.

En las formas homocigotas la única hemoglobina que se forma es la hemoglobina fetal, ya que no se compone de cadenas δ y β sino de las cadenas α y γ .

Las características clínicas, los datos del hemograma y los métodos diagnósticos son superponibles a los de la β talasemia.

2. Hemoglobinopatías estructurales

Hasta la fecha se han descrito más de 1.400 variantes de hemoglobinopatías estructurales que afectan al 7 % de la población mundial (9).

Suelen provocarse por mutaciones puntuales, y, según la localización del aminoácido que se sustituye, se producen cambios en la estabilidad de la molécula de hemoglobina, así como en su solubilidad y su afinidad por el O₂, lo que provoca las diversas manifestaciones clínicas.

La hemoglobina S y la hemoglobina C son más frecuentes especialmente en personas de etnia negra, la hemoglobina E es típica del Sudeste asiático. Aunque son más frecuentes en países endémicos de malaria, debido a los cambios en los flujos migratorios de la población mundial, en la actualidad se está proporcionando asistencia a estas patologías en lugares donde hasta ahora eran desconocidas.

Se transmiten con carácter autosómico recesivo, por lo que en heterocigotos co-

existen la hemoglobina normal y la anómala.

2.1. Hemoglobinopatía S

Es la hemoglobinopatía más frecuente en el mundo y la de mayor impacto clínico. Parece existir una selección beneficiosa contra el *Plasmodium falciparum* en portadores, lo que probablemente haya contribuido a la extensión de los rasgos falciformes en áreas con malaria endémica.

Es de alta incidencia en la etnia negra; el 45% de la población del África tropical es portadora y causa la muerte del 15% de los niños africanos homocigotos menores de 5 años.

Se produce por una mutación en posición 6 del cromosoma 11 de la cadena β de la globina de forma que se produce el cambio del aminoácido ácido glutámico por valina (2).

Esta simple modificación afecta por completo a la estructura de la molécula de hemoglobina que polimeriza en situaciones de baja oxigenación; se forman estructuras cilíndricas rígidas, denominadas cuerpos tactoides, que condicionan un cambio en la conformación del hematíe, adoptando la forma típica en hoz, que da nombre a la enfermedad (sickle en inglés, de ahí el nombre de hemoglobina S), drepano en griego (drepanocitos), falx en latín (hematíes falciformes).

Los homocigotos, con dos genes anormales, no sintetizan hemoglobina A y sus hematíes contienen un 90-100 % de hemoglobina S; los heterocigotos o portadores del rasgo falciforme, con un gen anormal, tienen hematíes con un 20-40 % de hemoglobina S.

La desestructuración de los hematíes explica la fisiopatología de la enfermedad de células falciformes:

- Anemia hemolítica por lesión de la membrana del hematíe y deshidratación celular, y
- Aumento de la viscosidad sanguínea, provocando vasooclusión, bloqueo de la circulación capilar e isquemia.

Los sujetos heterocigotos (rasgo drepanocítico, hemoglobina AS) no suelen presentar alteraciones en el hemograma, y no suelen padecer la enfermedad, aunque en situaciones especiales de baja oxigenación como en alta montaña, ejercicio intenso en personas no habituadas o deshidratación, sí se describe clínica de trombosis, hematuria por necrosis papilar, infartos óseos, rabdomiolisis, e incluso muerte súbita.

En los sujetos homocigotos (anemia falciforme o drepanocitosis, hemoglobina SS) la clínica es muy grave y variable, y se caracteriza por crisis hemolíticas y de dolor, eventos trombóticos, síndrome torácico agudo, priapismo, necrosis avasculares óseas, retinopatía, infecciones (osteomielitis), hipoesplenismo, etc (10).

El hemograma suele mostrar una anemia normocítica, pero la visualización del frotis es muy llamativa con la observación de los típicos hematíes falciformes, en particular cuando disminuye la oxigenación (11).

La HPLC es el método actual de elección para el cribado y cuantificación de las hemoglobinopatías. Sus resultados son seguros y reproducibles y está disponible en la mayoría de laboratorios clínicos (12).

Una técnica de apoyo al diagnóstico es la prueba de falciformación en la que se induce la formación de drepanocitos tras someter los hematíes a un agente reductor como es el metabisulfito sódico (7).

La técnica diagnóstica definitiva es el estudio molecular.

El tratamiento de la drepanocitosis incluye diversos aspectos como control de las crisis de dolor, transfusión, prevención de infecciones, y medicamentos como la hidroxiurea, que al estimular la producción de hemoglobina fetal disminuye la proporción de hemoglobina S y así mejora la clínica.

El único tratamiento curativo eficaz actualmente es el trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos. Está en desarrollo la terapia génica que trata de corregir el defecto genético. Y se están utilizando nuevas estrategias terapéuticas frente a otros aspectos fisiopatológicos de la enfermedad, como el crizanlizumab, inhibidor de la P-selectina eficaz en la prevención de las crisis vasooclusivas, o el voxelotor, que inhibe la polimeración de la hemoglobina S (10).

2.2. Hemoglobina C

Se produce por una mutación en la misma posición que la hemoglobina S, en posición 6 del cromosoma 11 de la cadena β de la globina, pero en esta ocasión cambia el aminoácido ácido glutámico por lisina. También provoca desestructuración de la hemoglobina, formando cristales intraeritrocitarios, aunque no con la gravedad de los hematíes falciformes (5).

Es más propia del África occidental (Ghana, Burkina-Fasso, Mali).

Los portadores heterocigotos son asintomáticos y en el hemograma destaca cierta tendencia a la microcitosis e hipercromía, sin anemia. La proporción de hemoglobina C es alrededor del 30-40 %.

El estado homocigoto cursa con anemia leve por hemólisis crónica y es frecuente la esplenomegalia. Sobre el 95 % es hemoglobina C, siendo el resto hemoglobina A2 y fetal.

Para el cribado diagnóstico se aconseja la HPLC o la electroforesis de hemoglobina. La técnica confirmatoria es el estudio molecular.

2.3. Hemoglobinopatía SC

Es el resultado de la herencia de dos genes β S y β C y se considera doble hetero-

cigoto. En este caso no hay gen β normal, por lo que tampoco hay hemoglobina A.

Las manifestaciones clínicas son menos graves que en la anemia de células falciformes. Existe menor grado de anemia hemolítica, con una vida media del hematíe de unos 27 días, en comparación con los 17-20 días de la anemia falciforme. Y, por ello, son más frecuentes los cuadros clínicos relacionados con mayor viscosidad, como necrosis aséptica de la cabeza de fémur, infartos óseos, hematuria de origen renal y, sobre todo, lesiones oculares como retinopatía proliferativa, hemorragias del vítreo y desprendimiento de retina (4).

2.4. Otras hemoglobinopatías estructurales

Menos frecuentes y con menores manifestaciones clínicas son, por ejemplo:

- Hemoglobina E, típica del Sudeste asiático,
- Hemoglobina D, frecuente en el Punjab (India),
- Hemoglobina O-Arab, propia de Extremo Oriente.

5 Discusión-Conclusión

Se describen las hemoglobinopatías talasémicas y estructurales más frecuentes y de mayor trascendencia clínica.

Las formas heterocigotas no suelen presentar clínica. Sin embargo, las formas homocigotas dan lugar a patologías muy graves, por lo que es importante el consejo genético entre los portadores. Hoy día el único tratamiento curativo es el trasplante de progenitores hematopoyéticos, aunque existen varias líneas de investigación muy prometedoras, entre ellas la terapia génica.

Dados los movimientos poblacionales en el estado actual de globalización, y por la migración de personas procedentes de zonas endémicas de malaria, estas patologías son cada vez más frecuentes en nuestro medio.

6 Bibliografía

1. Moraleda JM. Pregrado de Hematología. 4ª ed. Luzán 5. 2017.
2. Bain BJ. Haemoglobinopathy Diagnosis. 3th ed. Ed. Blackwell Publishing. Oxford. 2020.
3. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Organización Mundial de la Salud. Informe técnico. 2011. (web).
4. Hernández MT, Raya JM. Enfermedades de la serie roja: Anemias. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. 19ª ed. Elsevier España. 2020.

5. Cobo-Martínez F, García-Bautista JA. Hematología. Del laboratorio a la práctica clínica. 2ª ed. Fundación Alcalá. 2020.
6. San Miguel JF, Sánchez-Guijo F. Hematología. Manual básico razonado. 5ª ed. Elsevier. 2020.
7. Vives JL, Aguilar JL. Manual de técnicas de laboratorio en Hematología. 4ª ed. Masson SA. Barcelona. 2014.
8. Kattamis A, Kwiatkowski JL, Aydinok Y. Thalassaemia. Lancet. 2022;18;399(10343):2310-2324.
9. A Database of Human Hemoglobin Variants and Thalassemia mutations. (web)
10. Grupo de Eritropatología de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Guía de enfermedad de células falciformes. Medea, Medical Education Agency S. L. 2021
11. Woessner S, Florensa L. La citología óptica en el diagnóstico hematológico. 5ª ed. Acción Médica S.A. Madrid. 2006.
12. Old JM. Screening and genetic diagnosis of haemoglobin disorders. Blood Rev 2003;17(1):43-53.

Capítulo 2

ONCOCITOMA RENAL

LAURA LORENTE GEA

ANA ISABEL GIL LIÑAN

MARIA ANGELES PANIZA MENDOZA

1 Introducción

El oncocitoma renal es una neoplasia epitelial benigna que surge en la corteza renal y que se caracteriza por presentar células eosinofílicas redondeadas densamente empaquetadas con abundantes mitocondrias citoplasmáticas. Aunque normalmente presentan una histología típica de oncocitoma, se han descrito también morfologías híbridas, por ejemplo, con el carcinoma de células renales cromóforo, aunque esta es más frecuente en contextos sindrómicos.

Respecto a la epidemiología de este tumor, decir que conforma del 5 al 9% de los tumores renales, siendo más frecuente en hombres que mujeres en una proporción 2:1. El rango de edad es muy amplio: de 24 a 91 años siendo la media de edad sobre los 60 años.

La patofisiología de esta entidad no está claramente establecida aunque se conocen 2 variantes moleculares relacionadas que son el reordenamiento de CCDN1 (translocación 11q13) y la aneuploidía manifestada en la mayor parte de los casos con pérdidas en el cromosoma Y y el cromosoma 1.

A nivel clínico, usualmente son asintomáticos y se detectan de forma incidental al realizar pruebas de imagen por procesos no relacionados. No obstante, esta entidad no presenta hallazgos radiológicos patognomónicos. En muy raras ocasiones se pueden presentar con hematuria o disuria por afectación del parénquima renal

o, si fueron muy grandes, por presenta sintomatología por compresión directa de otros órganos.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es presentar el caso clínico de un paciente con oncocitoma renal de gran tamaño 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 clínico de un hombre de 35 años, sin historia clínica de interés, que comienza con dolor abdominal que se va haciendo más intenso a lo largo de los meses hasta debutar con una masa abdominal palpable que su médico de cabecera halla en la exploración en consulta.

El paciente es derivado a consultas de digestivo donde se decide realizar tomografía axial computerizada que muestra una masa renal izquierda, de contornos regulares, que mide 11 x 9 x 5 cm, sin criterios radiológicos de malignidad. Dicha masa comprime algunas asas intestinales.

Pese a la sospecha de proceso benigno se decide, debido a gran tamaño de la lesión, realizar biopsia con aguja gruesa (BAG), que se manda al laboratorio de anatomía patológica siendo el resultado del estudio histológico "material insuficiente, se recomienda nueva toma de biopsia". La clínica del paciente continua empeorando por lo que, aun sin diagnóstico de malignidad, se decide nefrectomía izquierda.

Recibimos en nuestro laboratorio de anatomía patológica una pieza de nefrectomía de 12 x 10 x 6 cm. Se realiza hemisección de la misma por el hilio renal, observando que la práctica totalidad del parénquima renal se encuentra sustituido por una masa bien delimitada, que no parece invadir la grasa perirrenal, de coloración amarillento-marrónáceo y con una cicatriz estrellada central y áreas hemorrágicas.

Al estudio microscópico, se identifica una lesión totalmente homogénea, compuesta por células que adquieren una arquitectura en nidos sólidos, con muy escaso tejido conectivo. Éstas células son grandes, ovaladas, eosinofílicas (oncocitos) con citoplasma granular denso; los núcleos son redondos e irregulares con cromatina llamativas y pequeños pero conspicuos nucléolos. No se observan mitosis atípicas, necrosis, invasión de la grasa perirrenal ni otros criterios de ma-

lignidad. El parénquima renal residual queda relegado a la periferia de la lesión él no se observan alteraciones morfológicas en el mismo.

Al estudio inmunohistoquímico, las células de la lesión presentan positividad para CD117 (CKIT), E-cadherina, PAX8 y queratinas de bajo peso molecular; y presentan negatividad para citoqueratina 7, racemasa, anhidrasa carbónica 9, vimentina, HMB-45, MelanA y citoqueratina 20.

Con todo ello se realiza el diagnóstico de oncocitoma renal de gran tamaño.

4 Discusión-Conclusión

El oncocitoma renal es una neoplasia benigna en la que el patólogo tiene un papel fundamental puesto que debe diferenciarlo de neoplasias renales frecuentes como el tumor cromóforo, el carcinoma de células renales papilar oncocítico o el carcinoma de células renales eosinofílico.

En función de la combinación de la información radiológica (tamaño, criterios de malignidad...) junto con el diagnóstico anatomopatológico, se puede orientar el tratamiento de varias formas: realización de seguimiento, si la lesión es de pequeño tamaño; escisión quirúrgica, si es de mayor tamaño o produce sintomatología (como nuestro caso) o bien realizar ablación con radiofrecuencia.

El pronóstico de este tumor, si resulta ser un oncocitoma puro, es excelente puesto que no presenta malignización ni tasas de recurrencia. En el caso de nuestro paciente, tras la escisión quirúrgica, continúa en seguimiento por consultas de digestivo sin mostrar sintomatología alguna.

5 Bibliografía

1. Michalova, K., Tretiakova, M., Pivovarcikova, K., Alaghehbandan, R., Perez Montiel, D., Uamec, M., Osunkoya, A., Trpkov, K., Yuan, G., Grossmann, P., Sperga, M., Ferak, I., Rogala, J., Mareckova, J., Pitra, T., Kolar, J., Michal, M., & Hes, O. (2020). Expanding the morphologic spectrum of chromophobe renal cell carcinoma: A study of 8 cases with papillary architecture. *Annals of Diagnostic Pathology*, 44. <https://doi.org/10.1016/J.ANNDIAGPATH.2019.151448>
2. Trpkov, K., Williamson, S. R., Gao, Y., Martinek, P., Cheng, L., Sangoi, A. R., Yilmaz, A., Wang, C., San Miguel Fraile, P., Perez Montiel, D. M., Bulimbasić, S., Rogala, J., & Hes, O. (2019). Low-grade oncocytic tumour of kidney (CD117-negative, cytokeratin 7-positive): a distinct entity? *Histopathology*, 75(2), 174–184. <https://doi.org/10.1111/HIS.13865>

3. Joshi, S., Tolkunov, D., Aviv, H., Hakimi, A. A., Yao, M., Hsieh, J. J., Ganesan, S., Chan, C. S., & White, E. (2015). The Genomic Landscape of Renal Oncocytoma Identifies a Metabolic Barrier to Tumorigenesis. *Cell Reports*, 13(9), 1895–1908. <https://doi.org/10.1016/J.CELREP.2015.10.059>
4. Ruiz-Cordero, R., Rao, P., Li, L., Qi, Y., Atherton, D., Peng, B., Singh, R. R., Kim, T. B., Kawakami, F., Routbort, M. J., Alouch, N., Chow, C. W. B., Tang, X., Lu, W., Brimo, F., Matin, S. F., Wood, C. G., Tannir, N. M., Wistuba, I. I., ... Sircar, K. (2019). Hybrid oncocytic/chromophobe renal tumors are molecularly distinct from oncocytoma and chromophobe renal cell carcinoma. *Modern Pathology: An Official Journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc*, 32(11), 1698–1707. <https://doi.org/10.1038/S41379-019-0304-Y>
5. Wobker, S. E., & Williamson, S. R. (2017). Modern Pathologic Diagnosis of Renal Oncocytoma. *Journal of Kidney Cancer and VHL*, 4(4), 1–12. <https://doi.org/10.15586/JKCVHL.2017.96>
6. Amin, M. B., Crotty, T. B., Tickoo, S. K., & Farrow, G. M. (1997). Renal oncocytoma: a reappraisal of morphologic features with clinicopathologic findings in 80 cases. *The American Journal of Surgical Pathology*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1097/00000478-199701000-00001>

Capítulo 3

RECIDIVA DE GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA EN EL TRASPLANTE RENAL CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO FIALIADA

JUAN PABLO GÁMEZ ESPAÑA

AMPARO SÁNCHEZ ROMERO

1 Introducción

Según los datos aportados en el registro de la Sociedad Española de Nefrología, un 13 % de los pacientes con necesidad de terapia renal sustitutiva presentan una glomerulonefritis (GN) como causa de su enfermedad renal crónica. En un 18% de los pacientes, la causa de enfermedad renal crónica no se encuentra filiada.

La glomerulonefritis membranosa (GNM) supone la causa más frecuente de síndrome nefrótico en adultos no diabéticos. Puede ser primaria (mediada en un 70% por anticuerpos anti-PLA2R) o secundaria (debido a tumores, infección por virus hepatitis B, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico).

Aproximadamente un 33% de los pacientes con glomerulonefritis membranosa primaria experimentarán una remisión espontánea. Entre aquellos que no tienen remisión espontánea y reciben tratamiento, un 10% presentarán evolución hacia enfermedad renal terminal.

El diagnóstico de GN membranosa en el trasplante renal puede catalogarse como:

- Recidiva glomerulonefritis membranosa, definida como la aparición de GNM postrasplante renal en un paciente con GNM como causa de enfermedad renal crónica. Generalmente está mediada por antiPLA2R.

- GNM de novo. Aparición de GNM en paciente con enfermedad renal de causa diferente a GNM. No se asocia a la presencia de antiPLA2R. Además de las causas previamente mencionadas, puede asociarse a la presencia de rechazo agudo mediado por anticuerpos.

El desconocimiento de la causa de enfermedad renal crónica en un paciente trasplantado con biopsia compatible con GNM dificulta la realización de esta clasificación.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es realizar a través del caso clínico presentado una revisión de las herramientas diagnósticas y opciones terapéuticas en la recidiva de glomerulonefritis membranosa en el trasplante renal.

3 Caso clínico

Varón de 55 años. Como antecedentes, destaca hipertensión arterial de larga evolución. En seguimiento por Nefrología por enfermedad renal crónica no filiada detectada a raíz de revisión de empresa. El paciente evolucionó con deterioro progresivo de la función renal y aumento de proteinuria (en rango sub-nefrótico). La ecografía abdominal mostraba datos de cronicidad, mientras que el estudio inmunológico y de autoinmunidad solicitado fue anodino. Ante estos datos, no se consideró al paciente candidato a biopsia renal. Presentó un deterioro progresivo de la función renal, iniciando hemodiálisis a través de fístula arteriovenosa.

El paciente recibió trasplante renal de donante cadáver (mujer de 47 años, muerte encefálica tras hemorragia cerebral intraparenquimatosa). Se realizó inmunosupresión con timoglobulina, corticoides, tacrolimus y micofenolato. Posteriormente se disminuyó progresivamente los corticoides hasta su suspensión. En las revisiones presentaba inicialmente creatinina sérica 1.5 mg/dL, con ausencia de proteinuria.

Tras seis años del trasplante renal, el paciente acudió a consulta por edematización progresiva en miembros inferiores, ganancia de peso y orinas “espumosas”. La analítica mostraba deterioro de función renal (creatinina 2 mg/dL), hipoalbuminemia (2 g/dL), hipercolesterolemia. La analítica de orina reflejaba un cociente proteína/creatinina de 8000 mg/g.

Tras el ingreso del paciente se inició tratamiento con furosemida intravenosa y candesartán. Se completó estudio con ecoDoppler del injerto renal (normal), análisis de orina de 24 horas (proteinuria de 9000 mg/24 horas) y estudio de

autoinmunidad donde destacaban anticuerpos antiPLA-2R a título elevado (100 UI/mL).

Se completó estudio para descartar causas secundarias de síndrome nefrótico (TC tórax, abdomen y pelvis normal, serología viral negativa, sangre oculta en heces negativa, PSA normal, Quantiferon negativo, etc.). Se realizó biopsia del injerto renal, que mostraba datos compatibles con glomerulonefritis membranosa.

Con los datos obtenidos se añadió al tratamiento previamente descrito rituximab (administración dos dosis de 1 g separadas 15 días). El paciente presentó respuesta completa al tratamiento, con mejoría de función renal y desaparición de proteinuria (300 mg/24 horas en ultimo control).

4 Discusión-Conclusión

La recidiva de glomerulonefritis membranosa primaria se observa en un 10-50 % de los pacientes. Presenta dos picos de incidencia: en los primeros 6-12 meses postrasplante renal y en torno a los 5 años de este (debido a una disminución de la inmunosupresión en dicho periodo).

Debe sospecharse en aquellos pacientes con GNM como enfermedad de base en los que se observa aumento de proteinuria y deterioro de función renal. Sin embargo, en el caso de nuestro paciente la causa de enfermedad renal crónica no estaba filiada, lo cual dificultó inicialmente el diagnóstico.

Los factores de riesgo más relacionados con la aparición de recidiva son la presencia de anticuerpos antiPLA2R (especialmente si se encuentran a un título superior a 45 UI/ML), donante vivo emparentado, donante de edad superior a 50 años, pérdida del injerto previo por recurrencia y régimen inmunosupresor sin corticoides.

En comparación con la GNM descrita en riñones nativos, la recidiva en el trasplante presenta un curso más agresivo y con una tasa casi nula de remisiones espontáneas.

El tratamiento en aquellos casos con función renal estable y proteinuria inferior a 1000 mg/24 horas será el uso de IECA o ARA-II. Si existe deterioro de la función renal o la proteinuria es superior a 1000 mg/día se recomienda la administración de rituximab. En nuestro caso, tras la administración de dos dosis de rituximab se logró una respuesta completa y mantenida hasta el momento actual.

En aquellos pacientes con elevada proteinuria o títulos elevados de anti-PLA2R previo al trasplante renal, algunos autores recomiendan la administración profiláctica de rituximab. Al no disponer de diagnóstico etiológico en nuestro paciente antes del trasplante renal, no se pudo realizar esta profilaxis.

Un porcentaje elevado de pacientes en seguimiento en consultas de nefrología tienen una enfermedad renal crónica de causa no filiada. En ocasiones, la causa de dicha enfermedad renal es una glomerulonefritis. La ausencia de diagnóstico no solo priva a estos pacientes de un tratamiento que pueda impedir la necesidad de terapia renal sustitutiva, sino que además tiene importantes implicaciones si se realiza un trasplante renal.

5 Bibliografía

1. Jiang SH, Kennard AL, Walters GD. Recurrent glomerulonephritis following renal transplantation and impact on graft survival. *BMC Nephrol*. 3 de diciembre de 2018;19(1):344.
2. Batal I, Vasilescu ER, Dadhania DM, Adel AA, Husain SA, Avasare R, et al. Association of HLA Typing and Alloimmunity With Posttransplantation Membranous Nephropathy: A Multicenter Case Series. *Am J Kidney Dis*. septiembre de 2020;76(3):374-83.
3. Passerini P, Malvica S, Tripodi F, Cerutti R, Messa P. Membranous Nephropathy (MN) Recurrence After Renal Transplantation. *Frontiers in Immunology* [Internet]. 2019 [citado 2 de julio de 2022];10.
4. Leon J, Pérez-Sáez MJ, Batal I, Beck LH, Rennke HG, Canaud G, et al. Membranous Nephropathy Posttransplantation: An Update of the Pathophysiology and Management. *Transplantation*. octubre de 2019;103(10):1990-2002.

Capítulo 4

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO

SOFÍA BELLÓ PÉREZ

LAURA PRIETO ARENAS

MELISSA BELLO-PEREZ

LAURA HUERTA MELÚS

SHEILA FERNÁNDEZ NAVARRO

1 Introducción

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad mental con una prevalencia a lo largo de la vida del 15 al 20%, siendo una de las principales causas de discapacidad en el mundo (1). Esta patología está asociada a una elevada morbi-mortalidad, un deterioro tanto social como laboral y un descenso en la calidad de vida del paciente, todo ello constituye un importante incremento en el gasto sociosanitario (2).

A pesar de que existen numerosos tratamientos para este trastorno, aproximadamente un 30% de los pacientes no responden a ninguno de ellos (3;4). En estos casos hablamos de Depresión Resistente al Tratamiento (DRT).

El diagnóstico de DRT es complejo. Debemos tener en cuenta que puede englobar varios subtipos de trastornos depresivos, así como la coexistencia de otros

trastornos psiquiátricos que dificulten la respuesta al tratamiento de la depresión (2). Por otro lado, actualmente no existe un claro consenso de los criterios para definir la DRT. Mientras unos autores consideran la DRT tras la no respuesta al tratamiento con un solo antidepresivo, otros lo definen tras el uso de dos o incluso tres antidepresivos (4; 5 y 2).

Del mismo modo, dado que un único fármaco antidepresivo no suele ser eficaz en estos casos se hace necesario introducir tratamientos coadyuvantes, entre los que podemos destacar el empleo de otro antidepresivo, de antipsicóticos de segunda generación, el litio o la hormona tiroidea (5). La técnica más empleada como alternativa al tratamiento farmacológico en la DRT es la estimulación cerebral, dentro de la cual encontramos la Terapia Electroconvulsiva (TEC) y la Estimulación magnética transcraneal (EMT) principalmente (6). Entre las nuevas terapias a tener en cuenta con grandes resultados preliminares podemos destacar el uso de ketamina intravenosa, y más recientemente intranasal (6).

Es importante establecer un buen abordaje de la DRT desde el inicio, ya que cuando la depresión se torna muy prolongada en el tiempo, el individuo termina aceptándola como parte de su identidad. Es frecuente que incluso acabe infiltrando su personalidad y, por ende, afectando de forma significativa a su calidad de vida y a la de su familia, a su situación laboral y al gasto sanitario global. Esto unido al hecho de que el intento de suicidio es una de las consecuencias más prevalentes de este trastorno, ha provocado que la DRT sea objeto de estudio de numerosas investigaciones en la actualidad, pudiendo encontrar numerosas revisiones y ensayos clínicos sobre la eficacia de nuevos tratamientos. Así, resulta necesario realizar una recopilación de estudios sobre los posibles tratamientos más adecuados para la DRT basados en la evidencia clínica.

2 Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica acerca del abordaje terapéutico de la depresión resistente al tratamiento, determinando el algoritmo terapéutico según la evidencia científica de la que se dispone en la actualidad.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica utilizando las principales bases de datos más consultadas en ciencias de la salud (Pubmed, Cochrane, Uptodate). Se incluyeron trabajos publicados desde los últimos 8 años hasta la actualidad (2014-

2022) en idioma tanto español como inglés bajo los términos “depressive disorder[Title/Abstract]] AND (Treatment-Resistant[Title/Abstract]”. Se excluyeron los artículos de los que no se dispone del texto completo, así como aquellos que, tras la lectura del resumen, no coincidían con los objetivos del presente trabajo. Además, también se han consultado varios libros y guías de práctica clínica al respecto (Ej: NICE, Maudsley).

4 Resultados

Dentro del diagnóstico de depresión mayor, se estima que un 44% de los pacientes no responden a dos tratamientos antidepresivos y hasta un 33% no responden a cuatro tratamientos (7). Tras la revisión de los estudios, se observa que todavía no existe una definición consensuada que facilite su identificación e investigación (2, 4), pese a ello varios estudios establecen el como mejor diagnóstico la no respuesta a dos o más antidepresivos (8).

Previo a poder catalogar a una depresión mayor como refractaria al tratamiento pautado se han de revisar una serie de ítems, como son: que la dosis administrada sea la adecuada, que la duración del tratamiento sea suficiente (2-4 semanas), que el cumplimiento y adherencia del paciente sea correcto, que exista conciencia de enfermedad y motivación al cambio. Además, se ha de valorar si la respuesta clínica está enmascarada por la aparición de efectos adversos, la posible comorbilidad con otros trastornos mentales o somáticos, los cambios en el riesgo autolítico y posibles estresores psicosociales asociados (1).

Entre los factores de riesgo para desarrollar DRT encontramos: sexo femenino, depresión de tipo unipolar, personalidad premórbida neurótica, antecedentes de disfunción tiroidea, predisposición familiar a trastornos afectivos, retraso en el inicio del tratamiento y/o tratamiento inadecuado (1). Por otro lado, se ha puesto de manifiesto que el desarrollo de DRT es un factor de riesgo para el suicidio, ya que aproximadamente el 30% de estos pacientes presentan intentos de suicidio al menos una vez en su vida (7).

Una vez nos encontramos con un paciente que cumple con la sospecha de DRT ¿Qué estrategias terapéuticas podemos emplear?

El primer paso ante la falta de respuesta a un primer tratamiento antidepresivo será el incremento de la dosis del fármaco. Si no existen cambios clínicos, podemos cambiar a otro antidepresivo o bien asociar un segundo de otro tipo. Algunos ejemplos de combinaciones que se han valorado como clínicamente efectivas en la práctica clínica son Inhibidores de selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) + Bupropion o bien ISRS o Venlafaxina + Mianserina o Mirtazapina (1;10).

Un segundo escalón terapéutico posible sería potenciar el tratamiento antidepresivo con otro fármaco. Bien podría emplearse como fármaco coadyuvante un antipsicótico, principalmente de segunda generación, como el Aripiprazol, la Olanzapina o la Quetiapina; un estabilizador del humor como el litio; un anticonvulsivante como la lamotrigina; o bien hormona tiroidea (Triyodotironina).

Cabe destacar también la opción de asociar psicoterapia durante todo el proceso terapéutico. Todos los tipos de psicoterapia parecen tener la misma evidencia científica en el caso de la DRT; si bien es importante tener en cuenta para su elección el perfil de cada paciente en concreto para valorar qué tipo de psicoterapia tendrá una mejor adherencia. Según se describe en las guías de práctica clínica se pueden probar hasta dos tipos distintos de psicoterapia en combinación con tratamiento psicofarmacológico (1;10).

Otras alternativas a valorar serían la aplicación de Terapia Electroconvulsiva (TEC) o de Estimulación Magnética Transcraneal (EMT). Ambas están recomendadas para aquellos casos que requieran de una rápida respuesta o para prevenir recaídas en pacientes ancianos junto con la terapia farmacológica (9).

La TEC supone actualmente, para algunos autores, el gold standard para la DRT, ya que su alta eficacia está más que probada en estos pacientes (9, 11). Sin embargo, la guía NICE remarca que el uso de TEC debe reservarse para aquellos casos en los que sea necesaria una rápida mejora de los síntomas y como tratamiento a corto plazo cuando la terapia farmacológica haya fallado (10). Esto puede ser debido a que la técnica presenta ciertas desventajas, lo que hace que su práctica no sea tan generalizada. Entre los principales inconvenientes podemos destacar la mala percepción en el público general y su falta de disponibilidad en muchos centros sanitarios. Además, es un procedimiento que requiere del empleo de anestesia general con las posibles complicaciones que esta acarrea (11). Dos posibles efectos secundarios que merece la pena resaltar son el deterioro de la memoria temporal-retrógrada y la amnesia anterógrada (9).

Por otro lado, el uso de la EMT o la estimulación del nervio vago (NVS) suponen otra opción de tratamiento, aunque aún no hay estudios suficientes que los posicionen por delante del resto de tratamientos. Si bien es cierto que, en comparación con la TEC, son más seguros para el paciente ya que no hay riesgo de deterioro cognitivo con su empleo y no requieren de anestesia general (9).

Recientemente se ha aprobado un nuevo fármaco como uso compasivo en el caso de DRT: Esketamina/Desketamina. Las vías más estudiadas de administración de estos fármacos son la intranasal, junto con un antidepresivo de novo, y la intravenosa, administrada en monoterapia o en contexto de tratamiento psicotrópico ya establecido previamente (12). Ambas formulaciones presentan gran eficacia y

una rápida actuación en la mejora de los síntomas depresivos (12, 13, 14). Sin embargo, aún es necesario establecer la durabilidad de su eficacia, ya que algunos estudios ponen de manifiesto la necesidad de dosis repetidas o dosis elevadas para que el efecto del fármaco sea duradero en el tiempo. Además, cabe resaltar su rápida reducción en la ideación suicida, dentro de los siete primeros días de tratamiento, así como su capacidad de persistir más de seis semanas con dosis repetidas (13). Aunque como todo fármaco presenta efectos secundarios, uno de los más preocupantes es la cistitis ulcerosa, caracterizada por extremo dolor a la micción y aumento de la frecuencia miccional, esto supone un gran impacto en la salud de los pacientes (16).

5 Discusión-Conclusión

La depresión resistente al tratamiento supone un reto para los psiquiatras. Su alta prevalencia ha provocado un debate sobre los criterios de su diagnóstico, obteniéndose como diagnóstico más aceptado por la mayoría de investigadores que una depresión es resistente al tratamiento (DRT) cuando no ha respondido adecuadamente a dos antidepresivos utilizados en tiempo y dosis adecuados (8). Dada la gran variabilidad dentro de la evolución en la DRT, resulta necesario en muchas ocasiones replantearse el diagnóstico inicial descartando posible comorbilidad con otras patologías psiquiátricas y/o somáticas que entorpezca el tratamiento y justifique la ausencia o insuficiencia de la mejoría clínica.

Ante la exposición de los factores de riesgo del DRT, parece importante identificarlos de manera precoz en los pacientes con Depresión Mayor. De esta manera podremos adelantarnos a un posible desarrollo de DRT y escalar el tratamiento en los primeros estadios de la enfermedad. Cabe resaltar que en múltiples ocasiones la DRT es diagnosticada y tratada de forma muy prolongada en el tiempo con respecto a la demanda inicial del paciente, con el relevante impacto clínico y socio-económico que ello supone. Debemos tener presente que para que el tratamiento sea eficaz debemos considerar la perspectiva biopsicosocial para individualizar los tratamientos de manera que consigamos una mayor adherencia y eficacia.

Según el uso de guías clínicas y algoritmos de consenso, en definitiva, el primer paso será valorar si el paciente cumple o no con ítems de DRT. Si es así empezaremos por un aumento de dosis del tratamiento antidepresivo (AD), asociaremos otro AD u otro fármaco (antipsicótico, litio, anticonvulsionante, hormona tiroidea...). Entre otras posibles estrategias no farmacológicas se incluyen la psicoterapia, la EMT o el TEC. Además, existen estudios que plantean como

alternativas prometedoras para el futuro estimulación del nervio vago y cerebral profunda.

Por otra parte, aunque el uso compasivo de esketamina supone un abordaje novedoso y cada vez más literatura avala su eficacia en la DRT, no hay que olvidar que se trata de una sustancia de abuso y, por tanto, su administración puede precipitar un uso indebido o la sensibilización a otras drogas. Además, más estudios son necesarios para determinar las dosis necesarias de mantenimiento así como sus efectos a largo plazo. Por ello, este tratamiento debería ser administrado en centros que posean la infraestructura necesaria y una atención multidisciplinar con experiencia en DRT.

Por otro lado, debemos considerar que una ayuda importante para el tratamiento psicofarmacológico son las terapias psicológicas. Aunque varios estudios señalan que ninguna terapia es superior en su eficacia general, debería ampliarse la investigación en este aspecto para concretar qué psicoterapia es más adecuada según las características del paciente. Es conocido que alcanzar cambios en los hábitos personales, introduciendo el ejercicio físico o actividades como el yoga o el mindfulness, pueden aumentar la eficacia de los tratamientos a largo plazo (17).

En la actualidad conocer cuál será la estrategia terapéutica más idónea para cada paciente sigue resultando incierto, de hecho escasean estudios al respecto de las variables clínicas, genéticas y sociodemográficas asociadas al fracaso terapéutico recidivante en un mismo individuo.

6 Bibliografía

1. Vieta E, Pérez V. Depresiones Bipolares y Unipolares: qué hacer en los pacientes que no responden suficientemente a los tratamientos habituales. 2ª edición. Editorial Panamericana. 2019. 1-24 p.
2. Rybak YE, Lai KSP, Ramasubbu R, Vila-Rodriguez F, Blumberger DM, Chan P, et al. Treatment-resistant major depressive disorder: Canadian expert consensus on definition and assessment. *Depress Anxiety*. 2021;38(4):456–67.
3. McLachlan G. Treatment resistant depression: what are the options? *BMJ* [Internet]. 2018;363(December):k5354. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.k5354>
4. Gaynes BN, Lux L, Gartlehner G, Asher G, Forman-Hoffman V, Green J, et al. Defining treatment-resistant depression. *Depress Anxiety*. 2020;37(2):134–45.
5. Voineskos D, Daskalakis ZJ, Blumberger DM. Management of treatment-resistant depression: Challenges and strategies. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:221–34.

6. Boland R, Verduin ML. Otras terapias somáticas. In: Sinopsis de psiquiatría Kaplan & Sadock. 12th ed. Wolters Kluwer; 2022. p. 729–44.
7. Bergfeld IO, Mantione M, Figee M, Schuurman PR, Lok A, Denys D. Treatment-resistant depression and suicidality. *J Affect Disord* [Internet]. 2018;235(February):362–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.016>
8. Conway CR, George MS, Sackeim HA. Toward an evidence-based, operational definition of treatment-resistant depression: When Enough is enough. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(1):9–10.
9. Pandarakalam JP. Challenges of treatment-resistant depression. *Psychiatr Danub*. 2018;30(3): 273–84.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management [Internet]. [London]: NICE; 2009 [updated 2016 Apr; cited 2016 Dec 16]. (Clinical guideline [CG90]). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.
11. Veraart JKE, Smith-Apeldoorn SY, Spaans HP, Kamphuis J, Schoevers RA. Is ketamine an appropriate alternative to ECT for patients with treatment resistant depression? A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2020;281(July 2020):82–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.123>
12. Popova V, Daly EJ, Trivedi M, Cooper K, Lane R, Lim P, et al. Efficacy and safety of flexibly dosed esketamine nasal spray combined with a newly initiated oral antidepressant in treatment-resistant depression: A randomized double-blind active-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2019;176(6):428–38.
13. McIntyre RS, Carvalho IP, Lui LMW, Majeed A, Masand PS, Gill H, et al. The effect of intravenous, intranasal, and oral ketamine in mood disorders: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;276(April):576–84.
14. Wilkinson S, Ballard E, Bloch M, Mathew S, Murrough J, Feder A, et al. The effect of a single dose of intravenous ketamine on suicidal ideation: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2018;175(2):150–8.
15. McIntyre RS, Rosenblat JD, Nemeroff CB, Sanacora G, Murrough JW, Berk M, et al. Synthesizing the evidence for ketamine and esketamine in treatment-resistant depression: An international expert opinion on the available evidence and implementation. *Am J Psychiatry*. 2021;178(5):383–99.
16. Singh I, Morgan C, Curran V, Nutt D, Schlag A, McShane R. Ketamine treatment for depression: opportunities for clinical innovation and ethical foresight. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(5):419–26.
17. Saeed SA, Cunningham K, Bloch RM. Depression and anxiety disorders: Ben-

efits of exercise, yoga, and meditation. *Am Fam Physician*. 2019;99(10):620–7.

Capítulo 5

OSTEOPOROSIS Y MENOPAUSIA

ALBA PENELA CARRASCO

ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA

RAQUEL EIRAS LEAL

1 Introducción

La osteoporosis es una entidad con bastante relevancia en la práctica clínica habitual y bastante desconocida por algunos clínicos.

Muchas veces es manejada casi de forma exclusiva por los facultativos de Atención Primaria, sin embargo debería ser conocida y tratada en un amplio número de consultas, que pueden abarcar desde la Reumatología, Traumatología así como la Ginecología.

Se asocia con un gran consumo de recursos sanitarios y con un deterioro importante de la calidad de vida de las pacientes que la padecen, en relación tanto al ingreso como consecuencia de las fracturas que padecen las pacientes, como consecuencia de los tratamientos farmacológicos así como de rehabilitación que precisan para recuperarse y poder volver a su vida habitual.

Las mujeres post-menopáusicas tienen, por su sola condición, en la que se produce un descenso de los niveles hormonales, mayor riesgo de padecerla, tanto por el descenso en los niveles de estrógenos, envejecimiento celular como por una reducción importante a nivel de la masa ósea.

Debemos conocer sus criterios diagnósticos y aquellas situaciones en las que se debería realizar un tratamiento activo de la misma, para así poder minimizar el riesgo de complicaciones, que puedan ser potencialmente graves, como fracturas, caídas u otras complicaciones.

2 Objetivos

En este capítulo, intentaremos, de forma sencilla y clara, definir esta entidad así como determinar sus criterios diagnósticos y su tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo ha sido precisa la realización de una revisión sistemática sobre la literatura existente sobre el tema así como también una búsqueda de información en libros de ginecología y revisión de protocolos de Sociedades científicas

4 Resultados

La osteoporosis es una enfermedad sistémica, crónica y progresiva que implica una reducción de la resistencia de nuestros huesos, lo que incrementa el riesgo de fracturas

Para el diagnóstico se suele emplear el valor de la densidad ósea obtenida mediante DMO (Densitometría), sin embargo, debemos tener en cuenta que también serían criterios diagnósticos la presencia de varones, o mujeres menopausicas con fractura por fragilidad de cadera, fractura de baja carga vertebral, húmero proximal o de pelvis asociado a osteopenia, así como también fractura distal de radio

También se incluye para el diagnóstico la presencia de un valor de riesgo superior o igual al 20%, según el algoritmo fracture risk assessment (FRAX) para la fractura principal, o superior al 3% para la fractura de cadera.

La principal complicación de la osteoporosis es la fractura por fragilidad, que son fracturas ocasionadas por mínimos impactos, que no tendrían consecuencias patológicas en el hueso normal.

Como definiciones relevantes tenemos que tener en cuenta las siguientes:

- Densitometría normal: T-Score mayor o igual a 1 DE
- Osteopenia: T-Score menor que -1 y mayor que -2,5
- Osteoporosis: T-Score menor o igual a -2,5
- Osteoporosis severa: Valor de DMO más de 2,5 DE por debajo de la referencia de la media en presencia de 1 o más fracturas por fragilidad

En cuanto a la Epidemiología, es difícil tener datos concretos, pero se cree que afecta a aproximadamente el 35% de mujeres de más de 50 años, llegando incluso al 52% en mujer de más de 70 años.

En cuanto a la etiología: Se sabe que se altera el funcionamiento normal del hueso sano, provocando un incremento de la pérdida de hueso

El hueso es un tejido tremendamente activo que está continuamente sufriendo cambios en los que son fundamentales los osteoclastos (destruyen hueso) y los osteoblastos (formadores de hueso).

Del equilibrio entre estos dos procesos depende la buena salud ósea

Todo el proceso de remodelado es muy complejo y está mediado por señales endocrinas, estrógenos, PTH y vitD

Una de las cosas más complejas en la práctica clínica habitual es discernir a quién se le recomendaría un cálculo de riesgo mediante la realización de una DMO.

No se recomienda en mujeres premenopausicas ni en post-menopausicas por debajo de los 65 años sin otros factores de riesgo

Si se debería realizar por debajo de los 65 años con la presencia de dos factores de riesgo, así como, por encima de los 65 años con la presencia de un único factor de riesgo.

Los factores de riesgo son bien conocidos, y se incluyen: 1) sexo femenino, 2) IMC < 19, 3) Menopausia, 4) Tabaquismo, 5) Consumo de alcohol, 6) Enfermedades con mala absorción intestinal, 7) Fármacos: Antiepilepticos, corticoides, tiroideos...

Se podría realizar DMO cada 2 años en: Mujeres con DMO normal, pero con presencia de FR, así como en mujeres con osteoporosis de bajo riesgo

En paciente con osteoporosis de alto riesgo se recomendaría control cada 1-2 años, y en aquellas mujeres de más de 65 años sin presencia de Factores de riesgo sería suficiente la realización cada 5 años.

En cuanto a la prevención y tratamiento:

Lo que se desea conseguir es un incremento de la masa ósea mediante una reducción en la reabsorción de la misma

Es fundamental insistir y fomentar un estilo de vida saludable con una buena alimentación y realización de ejercicio físico de forma regular así como evitar hábitos tóxicos como el consumo de tabaco o alcohol.

La elevada ingesta de calcio ha demostrado un ligero incremento en la DMO si se asocia a vitD, lo que podría reducir el riesgo de fractura. La ingesta diaria recomendada sería de 1000-1200 mg/día mediante la dieta habitual.

Para el tratamiento de base se dispone de varios tipos de fármacos, que van a actuar de dos formas diferentes, los que son osteoformadores y los antireabsortivos (más frecuentes)

-SERMS: Moduladores selectivos de los receptores de estrógenos. El más empleado en este campo es el Raloxifeno. Tendría además la ventaja de que se cree que es capaz de reducir el riesgo de cáncer de mama. Su máxima indicación sería mujeres

menopáusicas sin síntomas vasomotores ni riesgo de tromboembolismo.

-Bifosfonatos: Son análogos sintéticos del pirofosfato, una sustancia natural que inhibe la acción de los osteoclastos, y por tanto inhiben la reabsorción ósea

Está recomendado tomarlos en ayunas porque se absorben escasamente, así que es fundamental tomarlos con abundante agua, lo que dificulta el cumplimiento terapéutico, no llegando el mismo al 40%.

El más empleado y estudiado es el Alendronato. En mujeres post-menopáusicas ha demostrado una mejoría en los niveles de DMO así como una reducción del riesgo de fractura.

Se puede dar de forma diaria, 10 mg, o semanal, 70 mg.

Existe la opción de empleo de Ácido Alendronico: Se debe dar en pacientes con mal cumplimiento terapéutico o mala tolerancia oral, se administran 5 mg en perfusión una vez al año.

En cuanto a las contraindicaciones, no se deben usar en pacientes con alteración de la función renal, si presentan un FG menor a 30ml/min, antecedentes de RGE o esófago de Barrett, fracturas atípicas de fémur o antecedente de necrosis mandibular.

Se debe reevaluar el tratamiento tras cinco años de inicio del mismo, valorando la discontinuidad del mismo (para reducir efectos adversos) si existen valores estables en la DMO sin antecedentes de fracturas vertebrales previas.

-Denosumab: Es un anticuerpo monoclonal humano que se une a un mediador llamado RANKL impidiendo su unión al receptor en la superficie de las células precursoras de los osteoclastos, lo que impide su activación y por tanto dificulta la reabsorción ósea.

Es de posología sencilla con una aplicación cada 6 meses lo que favorece el cumplimiento, y ha demostrado su eficacia para reducir la tasa de fracturas en múltiples estudios

Se debe administrar junto con calcio y vitamina D

El estudio FREEDOM demostró que tras 10 años de tratamiento conseguía mantener los niveles de mejoría en la DMO sin incrementar los efectos secundarios. Cuando se diagnostica a una mujer de osteoporosis debemos hacer un cálculo de su riesgo de fractura.

Se debe valorar cambio de tratamiento si presenta un cumplimiento >80% y aparecen dos fracturas sucesivas o presencia de dos o más de los siguientes factores: Nueva fractura, empeoramiento de DMO, No mejoría significativa de DMO (Reducción de al menos el 30% de los marcadores de remodelado óseo)

Otra gran incertidumbre sería en que situaciones iniciar el tratamiento: Sería recomendado ante cualquier paciente con fractura por fragilidad, presencia de

osteoporosis en DMO, o presencia de osteopenia con presencia de algun factor de riesgo

5 Discusión-Conclusión

Debemos tener en cuenta que la osteoporosis es una entidad bastante frecuente en nuestro medio, pero a menudo desconocida e infradiagnosticada. Además presenta altos costes y graves consecuencias para las pacientes que la padecen, afectando a su calidad de vida diaria.

Es importante informar de la importancia de la misma en la práctica clínica habitual y hacer una correcta valoración de todas las pacientes que pasen por nuestra consulta para identificar aquellas que pueden tener riesgo de fractura vs osteoporosis para así actuar tanto en la prevención como en el tratamiento y conseguir reducir los gastos y complicaciones de dicha entidad

6 Bibliografía

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

Capítulo 6

LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO

ANA ISABEL GIL LIÑAN

MARIA ANGELES PANIZA MENDOZA

LAURA LORENTE GEA

1 Introducción

El Liposarcoma Bien Diferenciado también llamado Tumor Lipomatoso Atípico (el término Lipoma Atípico ya no es recomendado en la actualidad) es una neoplasia mesenquimal constituida por adipocitos maduros y células estromales que al menos tienen atipia citológica focal. Es la neoplasia de estirpe adipocitaria maligna más frecuente, afectando a adultos de ambos sexos entre los 40-60 años, siendo muy rara su presentación en la infancia, estando casos descritos en la literatura asociados con el síndrome de Li-Fraumeni.

Es considerado como un tumor lipogénico de bajo grado del que existen varios subtipos morfológicos con significantes variaciones histológicas.

Se localiza predominantemente en miembros inferiores (muslo sobre todo), retroperitoneo, cabeza y cuello, tronco y cordón espermático.

Su comportamiento está determinado por su localización. Las lesiones de localización periférica no suelen asociar riesgo de metástasis siendo su extirpación con márgenes amplios por lo general curativa. Las lesiones situadas profundamente (mediastino, cordón espermático, retroperitoneo) son más complicadas de resear con márgenes negativos, siendo el riesgo de dediferenciación, recurrencia, metástasis y muerte más alto.

En su diagnóstico molecular destacar la amplificación de MDM2 y el CDK4, siendo su determinación por FISH o realizando PCR en tiempo real, métodos

que pueden ayudar a diferenciarlos de otro tipo de sarcomas.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es presentar un caso clínico de un paciente con liposarcoma bien diferenciado y ahondar en su comprensión y en su estudio en base a las últimas publicaciones descritas en la literatura científica.

3 Caso clínico

Presentamos en este trabajo el caso clínico de un hombre de 40 años que acude a su centro salud por notarse un bulto en cuello de meses de evolución, que ha crecido substancialmente de tamaño en el último mes. Tras exploración física es remitido a servicio de Cirugía para valorar extirpación dado su gran tamaño (8 cm) y localización. Se hace una prueba de imagen ecográfica y toma de PAAF (punción aspiración con aguja fina) con diagnóstico citológico que informa que se detectan algunas células grandes de núcleo multilobulado mezcladas con otras de aspecto adipocitario maduro, se diagnostica como sugestivo de tumor mesenquimal de estirpe adipocitaria con recomendación de extirpación de la lesión para su tipificación definitiva.

Recibimos en anatomía patológica la pieza de resección que consiste en un fragmento de tejido de aspecto adiposo de 8 x 5 x 4 cm, de superficie externa multilobulada, al corte de coloración amarillenta, mezclado con focales áreas de consistencia firme y aspecto más fibroso y coloración blanquecina grisácea, sin observarse zonas de necrosis. Se realizan cortes seriados efectuando un amplio muestreo del tejido y se incluyen en parafina para estudio posterior con hematoxilina-eosina y tinciones específicas.

Al estudio histológico, se identifica una lesión de estirpe mesenquimal constituida por una mezcla de tejido adiposo maduro, que incluye adipocitos de distintos tamaños, algún tipo de lipoblastos de aspecto multivacuolado, observándose discreta atipia focal con presencia de bandas de estroma fibroso que contienen células fusiformes alargadas con llamativos núcleos hipercromáticos. No se observa necrosis ni mitosis en los campos examinados. Se realiza un panel de marcadores inmunohistoquímicos que incluyen S-100, HMB45, Demina, CD34, p16 y MDM2 y CDK4 (estos tres últimos juntos tienen una especificidad del 98% para detectar liposarcomas bien diferenciados y dediferenciados, y resultaron positivos junto con S-100).

Teniendo en cuenta las características macroscópicas, microscópicas e inmunohistoquímica, se realiza el diagnóstico Liposarcoma Bien Diferenciado.

Microscópicamente, hay descritos una serie de subtipos histológicos de Liposarcoma Bien Diferenciado/ Tumor lipomatoso Atípico, entre los que destacar tres por su significación clínica.

El Adipocítico (Lipoma like) subtipo, que es el más común, y el más compatible con lo observado en nuestro caso clínico, en el que las células atípicas encontradas son difusas o raras, contiene lipoblastos normalmente y suele ser bastante complicado diferenciarlo de un lipoma.

El subtipo Esclerosante, segundo en frecuencia con predilección por la región paratesticular y por el retroperitoneo, que contiene tejido fibroso colagenoso con adipocitos dispersos y células estromales multinucleadas atípicas.

Por último el subtipo Inflamatorio es el más raro, casi siempre localizado en retroperitoneo donde puede ser confundido con otros tumores no lipogénicos y característicamente constituido por celularidad inflamatoria crónica de predominio B, con formaciones de folículos linfoides y estroma fibrocolagenoso con algunas células atípicas multinucleadas que pueden enmascarar la presencia de adipocitos.

El diagnóstico diferencial de este tumor incluirá distintas entidades según el subtipo, desde el lipoma clásico, lipoblastoma, lipoma de células fusiformes/pleomórfico, tumor miofibroblástico inflamatorio, fibrosis idiopática retroperitoneal o mesenteritis esclerosante o liposarcoma dediferenciado (para el diagnóstico de cuál es necesario observar zonas de transición entre un componente bien diferenciado a dediferenciado).

4 Discusión-Conclusión

El Liposarcoma Bien Diferenciado/ Tumor Lipomatoso Atípico es una neoplasia mesenquimal localmente agresiva, compuesta entera o parcialmente por una proliferación de adipocitos que muestra al menos focal atipia nuclear, tanto en adipocitos como en células estromales. La amplificación de MDM2 y/o CDK4 está casi siempre presente.

No tiene potencial metastásico a menos que sufra una dediferenciación, por lo que justifica la introducción del término Tumor Lipomatoso Atípico para aquellas lesiones con localización anatómica para las que la resección quirúrgica completa es curativa. Para aquellas lesiones que se localizan en regiones como retroperitoneo, cordón espermático o mediastino, que han mostrado mayor potencial de progresión de la enfermedad, el término Liposarcoma Bien diferenciado puede

estar más correctamente utilizado.

El factor pronóstico, por tanto, más importante es la localización anatómica. Aquellas lesiones que permiten realizar cirugías con amplios márgenes de resección no suelen recurrir tras las excisiones completas, en cambio, localizaciones profundas en las que estas cirugías no son posibles, suele recidivar repetidas veces y eventualmente causar la muerte por incontrolables efectos locales o, menos frecuente, resultado de una extensión sistémica secundaria a una desdiferenciación del tumor.

5 Bibliografía

1. Smith, C. A., Martinez, S. R., Tseng, W. H., Tamurian, R. M., Bold, R. J., Borys, D., & Canter, R. J. (2012). Predicting survival for well-differentiated liposarcoma: the importance of tumor location. *The Journal of surgical research*, 175(1), 12–17.
2. Evans H. L. (2007). Atypical lipomatous tumor, its variants, and its combined forms: a study of 61 cases, with a minimum follow-up of 10 years. *The American journal of surgical pathology*, 31(1), 1–14.
3. Kooby, D. A., Antonescu, C. R., Brennan, M. F., & Singer, S. (2004). Atypical lipomatous tumor/well-differentiated liposarcoma of the extremity and trunk wall: importance of histological subtype with treatment recommendations. *Annals of surgical oncology*, 11(1), 78–84.
4. Thway, K., Flora, R., Shah, C., Olmos, D., & Fisher, C. (2012). Diagnostic utility of p16, CDK4, and MDM2 as an immunohistochemical panel in distinguishing well-differentiated and dedifferentiated liposarcomas from other adipocytic tumors. *The American journal of surgical pathology*, 36(3), 462–469.
5. Dey P. (2000). Fine needle aspiration cytology of well-differentiated liposarcoma. A report of two cases. *Acta cytologica*, 44(3), 459–462.

Capítulo 7

PERITONITIS AGUDA EN DIÁLISIS PERITONEAL

EDUARDO JOSUÉ BANEAS DERAS

LUIS MARÍA BRAVO GONZÁLEZ-BLAS

1 Introducción

La peritonitis es la principal complicación infecciosa de los pacientes sometidos a diálisis peritoneal. De su rápido diagnóstico y tratamiento precoz adecuado depende la supervivencia de esta técnica de diálisis. La alta morbilidad que conlleva este proceso infeccioso obliga en algunos casos al cambio del tratamiento renal sustitutivo de forma temporal o definitiva afectando la calidad de vida de los pacientes que la sufren. En la mayoría de los casos la peritonitis infecciosa es causada por bacterias. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia son Gram positivos. Ciertas especies como *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas* obligan al clínico a implementar una terapia antibiótica dirigida que sea rápida y eficaz para evitar la alta tasa de recurrencia de peritonitis asociada a estos microorganismos.

Actualmente, algunos laboratorios clínicos disponen de métodos de amplificación de fragmentos de ADN bacteriano para que éstos sean detectados en los hemocultivos utilizando técnicas de biología molecular como la reacción en cadena de polimerasa (PCR). Estos equipos tienen la ventaja de ofrecernos un diagnóstico etiológico preciso y rápido (aproximadamente 1 hora), son fáciles de realizar e incluso algunos, como el FilmArray Blood Culture Identification (BCID) Panel, permiten detectar coinfecciones con una alta sensibilidad y especificidad.

Se presenta un estudio para analizar el uso de FilmArray en la peritonitis aguda en DP.

Los pacientes en diálisis peritoneal de nuestro centro asistencial reciben educación continua para el reconocimiento precoz de episodios de peritonitis. El patrón de oro para el diagnóstico se basa en el recuento celular del líquido peritoneal y procesamiento microbiológico de la muestra en botellas de hemocultivos. Sin embargo la identificación etiológica con esta última técnica mantiene una tasa negativa de alrededor 10-20% y el tiempo hasta el diagnóstico definitivo puede variar entre 24-48 horas.

Por lo tanto son necesarias nuevas formas de diagnóstico para la identificación rápida de agentes infecciosos que podrían ayudar al médico en la toma de decisiones terapéuticas. De esta forma se podría evitar la nefrotoxicidad por antibióticos que se administran de forma empírica por ejemplo, aminoglucósidos.

El laboratorio de microbiología dispone de una prueba de diagnóstico in vitro cualitativa basada en la amplificación de ácidos nucleicos mediante PCR, prevista para usarse en hemocultivos.

2 Objetivos

1. Identificar de forma precoz el agente etiológico de la peritonitis.
2. Evaluar el tiempo empleado hasta el diagnóstico de la PCR FilmArray con el cultivo bacteriano.
3. Comparar los resultados obtenidos de la PCR FilmArray con los métodos convencionales de diagnóstico de la peritonitis.

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.

Nos planteamos determinar la detección e identificación temprana de microorganismos en el efluente peritoneal mediante la técnica de biología molecular PCR multiplex FilmArray (Biomérieux) en pacientes con diagnóstico de peritonitis.

4 Resultados

Previo análisis estadístico se realizó la prueba en 20 pacientes, 15 varones y 5 mujeres. El 75% pertenecían a la modalidad de DPA y la mitad de ellos carecía de antecedentes de peritonitis. La edad media era 71,20 años con una desviación estándar de 10, 5, la mediana de tiempo en diálisis de 26,50 meses. En relación a las peritonitis, la mayoría peritonitis fueron no recidivantes, primarias y causadas por Gram positivos. Hubo 7 relacionadas con infección del orificio de salida, aunque en solo en tres casos se cultivo el mismo germen. Las bacterias más frecuentes fueron Gram positivas, en concreto el *S. epidermidis*.

Por ultimo, de las 20 peritonitis diagnosticadas el film array fue positivo en 5 ocasiones, y en todos los casos fue la misma bacteria que el cultivo. Sin embargo, en las 15 peritonitis que el film array tuvo un resultado negativo el 86,6% se obtuvo crecimiento en el cultivo de liquido peritoneal. Por lo tanto la técnica no fue tan efectiva en la identificación de microorganismo común causante de peritonitis pero fue efectiva en la identificación de bacilos Gram negativos. El tiempo de identificación de un microorganismo con la técnica de biología molecular PCR multiplex FilmArray (Biomérieux) en pacientes con diagnóstico de peritonitis fue de aproximadamente 24 horas. El cultivo de bacterias por el método convencional con hemocultivos fue mas sensible y con mayor potencia discriminatoria en el diagnostico de peritonitis aguda. No se realizó centrifugación de la muestra previo a su envio al laboratorio de microbiología. Los pacientes recibieron en todos los casos el tratamiento empírico sin esperar los resultados microbiológicos. El informe de microorganismos detectados por CR multiplex FilmArray (Biomérieux) fue cualitativo y se realizó con el panel de sepsis.

5 Discusión-Conclusión

No se obtuvo buena correlación entre los resultados del film array y el cultivo de liquido peritoneal.

Teniendo alta sensibilidad y baja especificidad. Por lo tanto, en las peritonitis relacionadas con la técnica de DP la técnica molecular del film array no es eficiente en nuestra muestra. El FilmArray BCID Panel de una muestra del efluente peritoneal podría aumentar su sensibilidad al centrifugar previamente la muestra. Se necesitan mas estudios para poder recomendar esta técnica en la identificación precoz de microorganismo, por lo tanto el cultivo de bacterias en hemocultivos sigue siendo el método de referencia para el diagnostico de peritonitis.

6 Bibliografia

1. Szeto CC, Lai KB, Kwan BC, Chow KM, Leung CB, Law MC, Yu V, Li PK. Bacteria-derived DNA fragment in peritoneal dialysis effluent as a predictor of relapsing peritonitis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2013 Nov;8(11):1935-41.
2. Szeto CC, Lai KB, Chow KM, Kwan BC, Law MC, Pang WF, Ma TK, Leung CB, Li PK. Dialysate bacterial endotoxin as a prognostic indicator of peritoneal dialysis related peritonitis. *Nephrology (Carlton)*. 2016 Dec;21(12):1069-1072.
3. Lin CY, Roberts GW, Kift-Morgan A, Donovan KL, Topley N, Eberl M. Pathogen-specific local immune fingerprints diagnose bacterial infection in peritoneal dialysis patients. *J Am Soc Nephrol*. 2013 Dec;24(12):2002-9.
4. Li PK, Szeto CC, Piraino B, de Arteaga J, Fan S, Figueiredo AE, Fish DN, Goffin E, Kim YL, Salzer W, Struijk DG, Teitelbaum I, Johnson DW. ISPD Peritonitis Recommendations: 2016 Update on Prevention and Treatment. *Perit Dial Int*. 2016 Sep 10;36(5):481-508.
5. Yoon, S. H., Choi, N. W., & Yun, S. R. (2010). Detecting bacterial growth in continuous ambulatory peritoneal dialysis effluent using two culture methods. *The Korean journal of internal medicine*, 25(1), 82–85.
6. Chang YT, Wang HC, Wang MC, Wu AB, Sung JM, Sun HS, Su IJ, Kan WC, Chien CC, Hwang JC, Wang HY, Tseng CC, Wu CJ. Rapid identification of bacteria and *Candida* pathogens in peritoneal dialysis effluent from patients with peritoneal dialysis-related peritonitis by use of multilocus PCR coupled with electrospray ionization mass spectrometry. *J Clin Microbiol*. 2014 Apr;52(4):1217-9.

Capítulo 8

MIOPERICARDITIS SECUNDARIA A TÓXICOS: REVISIÓN Y MANEJO TERAPÉUTICO

ZOSER SAURA CARRETERO

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

1 Introducción

La miocarditis es la inflamación del músculo cardíaco (miocardio). La inflamación puede reducir la capacidad de bombeo del corazón y causar ritmos cardíacos rápidos o irregulares (arritmias). La infección por un virus suele causar la miocarditis. A veces, la miocarditis puede ser el resultado de una reacción a un medicamento o formar parte de una afección inflamatoria más generalizada.

Los signos y síntomas de la miocarditis incluyen dolor de pecho, fatiga, falta de aire y latidos cardíacos rápidos o irregulares. La miocarditis grave debilita el corazón, por lo que el resto del cuerpo no recibe suficiente sangre. También se pueden formar coágulos en el corazón, que podrían provocar un accidente cerebrovascular o un ataque cardíaco. Cuando existe afectación del pericardio

asociada se le denomina perimiocarditis o miopericarditis, según la afectación predominante.

El diagnóstico clínico de la miopericarditis aguda es un diagnóstico de exclusión tras descartar un síndrome coronario agudo mediante cateterismo, entre otros. La mayoría de las miopericarditis suelen ser de etiología viral, pero en algunos casos puede deberse a tóxicos. A continuación, se describe un caso de miopericarditis aguda y el manejo del caso en un hospital de tercer nivel de etiología toxicológica por cocaína en un paciente joven.

2 Objetivos

- Revisar el manejo diagnóstico y terapéutico de la miocarditis por tóxicos a través de un caso clínico con dicha patología en urgencias hospitalarias.

3 Caso clínico

Varón de 40 años, HTA, Diabetes Mellitus, dislipemia, con cardiopatía isquémica crónica con síndrome coronario agudo sin elevación del ST hace un año con enfermedad arterial coronaria de un vaso (arteria descendente anterior y coronaria derecha), con realización de revascularización mediante angioplastia percutánea con stent farmacoactivo, con buen resultado final

El paciente acude a urgencias por dolor torácico opresivo retroesternal, con irradiación hacia el hombro y que le empeoraba con los movimientos respiratorios que empeora con el decúbito y se alivia con la bipedestación, sin irradiación o cortejo vegetativo asociado.

Exploración física: TA 140/100 mm Hg, SO₂ 98%, FC 95 latidos por minuto. Buen estado general, consciente y orientado en las tres esferas, eupneico en aire ambiente, afebril, normotenso. Auscultación cardíaca con ruidos rítmicos, sin otros agregados. En la auscultación pulmonar presenta un murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. En los miembros inferiores no presenta edemas, con pulsos pedios conservados y simétricos.

ECG en ritmo sinusal a 95 latido por minuto, con elevación de 1 mm del ST generalizado en el ECG, troponina T en 500 y PCR en 10. Ante la clínica de dolor torácico, los cambios electrocardiográficos descritos y las troponinas elevadas, se realiza cateterismo cardíaco urgente que evidencia árbol coronario sin lesiones significativas.

Se ingresó al paciente a cargo del Servicio de Cardiología para completar el estudio, realizándose una ecografía reglada que evidenció mínimo derrame pericárdico sin datos de taponamiento asociado u otros hallazgos significativos. Re-historiando al paciente, este refería que el dolor había comenzado tras toma de 5 miligramos de cocaína previo a su consulta.

Se orientó el diagnóstico a una miopericarditis por cocaína, que se trató con Ibuprofeno de 600mg durante 4 semanas en pauta descendente a partir de la segunda semana.

4 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia tener en cuenta la miocarditis dentro del diagnóstico diferencial del dolor torácico. En el tratamiento de las miopericarditis se ha de tener en cuenta siempre el riesgo de recidiva, aunque estas no son frecuentes. Ante pacientes con miopericarditis recidivantes que cursan en brotes, para tratarlas hay que añadir la Colchicina, al tratamiento con AINE. En casos de miopericarditis por tóxicos el tratamiento es similar; es importante buscar en la anamnesis la posibilidad de toma de drogas, e insistir en dichos casos de la gravedad potencial que existe tanto para el corazón como para el resto del cuerpo.

5 Bibliografía

1- Kasper, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Longo, D. L. 1., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2015). Harrison's principles of internal medicine (19th edition.). New York: McGraw Hill Education.

Capítulo 9

RESULTADO DE HOLTER INESPERADO, DIAGNÓSTICO CONFIRMADO

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

ZOSER SAURA CARRETERO

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

1 Introducción

El dolor torácico es un síntoma frecuente. Su estudio es complejo y requiere un diagnóstico diferencial extenso.

Cuando el dolor torácico es de origen isquémico, hablamos de angina.

La angina clásica, en su presentación estable, aparece en esfuerzo y desaparece en reposo y sus características habituales incluyen: localización precordial o en hemitórax izquierdo con irradiación ocasional a cuello, espalda o brazos. Puede acompañarse de cortejo vegetativo, incluyendo sudoración, mareo, náusea o vómitos, entre otros y no varía con los movimientos, la respiración o la palpación superficial (estas características definen lo que llamamos “dolor torácico típico”). La angina inestable, de similares características, se presenta en reposo, o cambia el umbral de esfuerzo para su presentación o sus desencadenantes, suele ser la manifestación de un síndrome coronario agudo.

Existen otras entidades con formas de presentación diversas, que igualmente provocan isquemia miocárdica y dolor torácico típico.

Encontramos, entre estas la angina vasoespástica o angina de Prinzmetal.

La angina vasoespástica tiene una fisiopatología y presentación particular y su diagnóstico es habitualmente difícil.

Se produce por una alteración de la vasorreactividad, provocada habitualmente por disfunción tanto endotelial como de la capa muscular arterial, que provoca, en determinados contextos, el espasmo de la arteria coronaria, con su cierre súbito, condicionando isquemia miocárdica y manifestándose con “dolor torácico típico”. Existen una serie de contextos en los que su presentación es más frecuente, que hacen que los episodios ocurran agrupados en determinados periodos. Su diagnóstico requiere la demostración de la vasorreactividad o la demostración del espasmo, lo que suele ser complejo.

2 Objetivos

Ilustrar la complejidad en el diagnóstico de la angina vasoespástica y como, una prueba adicional del estudio puede resultar clave para el mismo.

3 Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer de 48 años. Prediabetes y vida sedentaria, sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos. Sin cardiopatía previa y con antecedentes de cesáreas como únicos antecedentes médicos. Actualmente en premenopausia.

Desde la primera consulta, aqueja nerviosismo importante por cambio de vivienda y trabajo, ubicándose en puesto diferente y de responsabilidad. Además, clínica florida en relación con climaterio.

Consulta por presentar desde hace 2 meses episodios de dolor torácico casi a diario, de presentación mayoritariamente nocturna. Describe despertar súbito por la noche opresión centrotorácica de moderada o alta intensidad, que queda localizada sin irradiarse y que se acompaña sudoración profusa. Habitualmente los episodios se autolimitan en unos 30 minutos. Su presentación es casi diaria, en número de 2 o 3 veces por noche.

En la primera valoración, exploración física sin hallazgos y se realizaron electrocardiograma y ecocardiograma transtorácico que no presentaron alteraciones significativas. En ausencia de cardiopatía estructural y dada la clínica y perfil de

paciente, se sospechó inicialmente causa arrítmica de los síntomas, bien como extrasistolia frecuente sintomática o paroxismos de taquicardia. Se iniciaron betabloqueantes y se solicitó un ECG Holter de 24 horas.

Los resultados del Holter (Fig. 1), evidenciaron algo diferente a lo esperado en un primer momento: coincidiendo con episodio de dolor que la despierta por la noche (y se registra en diario) se observa elevación del segmento ST en registro que dura mientras presenta la clínica y se normaliza en unos 20 minutos.

La clínica, por tanto, coincide con episodios de este tipo que está presentando de forma diaria, en los que el espasmo arterial, condiciona isquemia, que se manifiesta como dolor y en ECG se demuestra isquemia transmural transitoria, como elevación del segmento ST.

4 Discusión-Conclusión

La angina vasoespástica, variante o de Prinzmetal, se produce por un espasmo de la arteria coronaria epicárdica, que condiciona isquemia transitoria y dolor torácico típico.

Se presenta clásicamente en reposo, de predominio nocturno.

Afecta más a mujeres y existen diferentes contextos que favorecen su aparición como épocas de mayor estrés o de cambios hormonales.

Su diagnóstico es complejo, pero la evidencia de un paroxismo de dolor típico y la comprobación de las alteraciones electrocardiográficas simultáneas como en este caso, puede ser suficiente. El diagnóstico es importante, ya que cambia el manejo. En el manejo de la angina vasoespástica se deben evitar los betabloqueantes e iniciar antagonistas de calcio o nitratos para el control de los episodios.

5 Bibliografía

- 1.- Shklovskiy BL, Prokhorchik AA, Pyr'ev AN, Baksheev VI. Prinzmetal angina. Questions of pathogenesis, clinic, diagnosis and treatment. Ter Arkh. 2019 ;91(11):116-23. doi: 10.26442/00403660.2019.11.000107.
- 2.- Picard F, Sayah N, Spagnoli V, Adjedj J, Varenne O. Vasospastic angina: A literature review of current evidence. Arch Cardiovasc Dis. 2019;112(1): 44-55. doi: 10.1016/j.acvd.2018.08.002.

Capítulo 10

OSPEMIFENO Y MENOPAUSIA

ALBA PENELA CARRASCO

ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA

RAQUEL EIRAS LEAL

1 Introducción

La menopausia es un periodo fisiológico en la vida de la mujer. Se caracteriza por el cese permanente de la menstruación y el final de la vida reproductiva. La deficiencia de estrógenos y progestágenos provoca la aparición de una serie de síntomas de intensidad muy variable de unas mujeres a otras.

Muchas veces, los síntomas que ocasiona son molestos y afectan de forma notable a la calidad de vida de nuestras pacientes, sin embargo, a lo largo de los últimos años se ha "demonizado" el tratamiento hormonal sustitutivo, haciendo que las mujeres sufran estos síntomas "en silencio", cuando existen tratamientos eficaces y seguros si se emplean en el contexto adecuado y en los periodos de tiempo indicados.

Menopausia: la Organizació Mundial de la Salud define la menopausia natural como el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva tras 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas y como resultado de la pérdida de actividad folicular ovárica.

La edad de presentación está entre los 45 y 55 años, con una media en torno a los 51 años (WHO, 1996).

La forma de presentación clínica suele ser variable, aunque es poco frecuente el cese repentino de las menstruaciones, siendo más habitual la alternancia de periodos con reglas más irregulares tanto en duración como en cantidad.

2 Objetivos

En este capítulo, intentaremos establecer la eficacia y mejoría de la calidad de la vida de las pacientes con sintomatología climatérica moderada, en relación a la toma de Ospemifeno

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo ha sido precisa la realización de una revisión sistemática sobre la literatura existente sobre el tema así como también una búsqueda de información en libros de Ginecología y revisión de protocolos de Sociedades científicas

4 Resultados

La menopausia es una etapa fisiológica de la vida de todas las mujeres. Sin embargo, se ha visto que no es igual tolerada en todas las pacientes y que tampoco condiciona la misma intensidad de los síntomas en todos los casos, desde cuadros asintomáticos pasando por pacientes con una alteración importante en su calidad de vida

Durante perimenopausia, los síntomas más frecuentes son el sangrado frecuente o excesivo y el inicio de los síntomas vasomotores (sofocos)

A largo plazo, el déficit de estrógenos, provoca cambios a nivel del estado anímico, atrofia genitourinaria, osteoporosis e incremento del riesgo cardiaco.

A lo largo del tiempo, se han empleado numerosos tratamientos para la mejoría de los síntomas asociados a la menopausia

En cuanto al conocido como síndrome genito-urinario, que se define como una colección de síntomas y signos (por ejemplo, sequedad, ardor, dispareunia) relacionados con una disminución de los estrógenos y otros esteroides sexuales. Afecta a los labios mayores/menores, el clítoris, el vestíbulo/introito, la vagina, la uretra y la vejiga.

En los casos leves, se suele iniciar la terapia mediante lubricantes e hidratantes vaginales locales.

Cuando los síntomas son más importantes, en la mayor parte de los casos se indicaba tratamiento con estrógenos locales, sin embargo, por miedo a posibles efectos secundarios o “incomodidad” en la aplicación del mismo, no existen grandes tasas de cumplimiento terapéutico.

Ospemifeno (Osp), Z-2-[4-(4-cloro-1,2-difenil-but-1-enil) fenoxi]-etanol, es un modulador selectivo de los receptores de estrógenos (SERM) no-esteroideo. Se administra en dosis de 60 mg al día vía oral con las comidas, intentando ser constantes en la hora de la toma.

Es el primer tratamiento no estrogénico indicado en la atrofia vulvo-vaginal sintomática moderada o grave.

Su característica principal es que tiene actividad agonista por el epitelio vaginal. Además es “selectivo” en esta actividad, ejerciendo actividad antagónica en otros tejidos como son el tejido mamario y endometrial lo que incrementa su seguridad.

Los síntomas de la atrofia vulvo vaginal, incluyen la dispareunia, picor, irritación y sensación de sequedad en genitales. Todos estos síntomas tienden a ir empeorando con el tiempo y no van a mejorar de forma espontánea sin tratamiento.

Son altamente frecuentes en la menopausia, pudiendo llegar al 40% de los casos y pueden afectar de forma severa a la calidad de vida de nuestras pacientes, afectando a muchos ámbitos, como por ejemplo las relaciones de pareja o su vida laboral.

El Ospemifeno ha sido ampliamente estudiado para el tratamiento de los síntomas asociados a la atrofia vulvo-vaginal, y ha demostrado en múltiples estudios su eficacia.

En uno de esos estudios se comprobó que a las cuatro semanas ya se produjeron mejoras a nivel de sequedad vaginal y molestias con las relaciones sexuales, y a las doce semanas de tratamiento, comparada con la población placebo, se vio también mejoría a nivel de la sensación de deseo, excitación y orgasmo.

También se estudio su eficacia en cuanto a signos clínicos y se pudo visualizar mejoría respecto a la palidez, fragilidad, enrojecimiento... a partir de las doce semanas de inicio del tratamiento.

Una de las controversias más marcadas respecto al tratamiento de la atrofia vulvo-vaginal con estrógenos o SERMS es el posible incremento del cáncer de endometrio

El cáncer de endometrio es uno de los tumores ginecológicos más frecuentes, y su incidencia está en aumento, en probable relación al incremento en los factores de riesgo asociados con su aparición como pueden ser: Menor número de gestaciones, obesidad, sedentarismo, nuliparidad....

Se conoce que el empleo de estrógenos a largo plazo puede incrementar el riesgo de cáncer de endometrio, así como el tratamiento a largo plazo con Tamoxifeno,

sin embargo este riesgo no parece incrementarse con el empleo de Ospemifeno.

Se realizaron estudios para comprobar la seguridad endometrial de este fármaco. Se comprobó un ligero incremento del grosor endometrial tras doce semanas de tratamiento. Además de mediante ecografía transvaginal se comprobó la histología endometrial mediante el empleo de biopsias endometriales, que se realizaron al inicio, doce semanas y doce meses de tratamiento.

A los doce meses no se detectaron casos de hiperplasia o carcinoma endometrial en las mujeres que recibieron Ospemifeno en relación a las que tomaron placebo. Además no se objetivaron tampoco cambios quísticos en el endometrio, a diferencia de lo que podría ocurrir con otros SERMs.

También se han estudiado sus efectos sobre el tejido mamario.

Los resultados observados han sido consistentes, observándose que este tratamiento, no tiene efecto, o incluso podría tener cierto efecto inhibitor para el crecimiento de células cancerígenas en el tejido mamario.

Sin embargo, existen escasos estudios en el empleo de este fármaco en pacientes con antecedente de cáncer de mama lo que ha provocado que se contraindique su empleo en pacientes con cáncer de mama sospechado, conocido o en tratamiento activo.

También se han realizado estudios en fase II para valorar su actividad a nivel del hueso, demostrándose un efecto positivo sobre los marcadores del remodelado óseo.

En cuanto a los efectos secundarios, se han descrito múltiples, como por ejemplo, cefalea, incremento de peso, aumento de flujo vaginal etc

Como efecto secundario más frecuente se encontraron los síntomas vasomotores (sofocos), siendo estos una de las principales causas de interrupción del tratamiento. El porcentaje de pacientes afectadas por dichos sofocos oscila en aproximadamente el 7,5%, respecto al 2,5% de las pacientes tratadas con placebo. Debemos tener en cuenta e informar a nuestras pacientes, que los sofocos son más frecuentes durante las primeras cuatro semanas de tratamiento y que posteriormente tienden a descender en cuanto a intensidad.

Uno de los elementos que también preocupa ampliamente tanto al facultativo como a la paciente es el posible incremento del riesgo de tromboembolismo venoso.

Se ha visto que el Ospemifeno no incrementa el riesgo de tromboembolismo venoso, lo que aumenta por tanto su seguridad, sobre todo en los pacientes de edad

avanzada o con enfermedades concomitantes.

Si embargo, por su categoría de base, no debería administrarse en pacientes con trombosis activa o con antecedente de la misma, además, para minimizar riesgos, deberíamos suspender el tratamiento unas cuatro o seis semanas antes de una intervención o procedimiento que incremente el riesgo de trombosis.

Debemos tener en cuenta que no tiene efecto sobre el perfil lipídico.

En cuanto a la posología y administración debemos tener en cuenta unas consideraciones generales.

El pico máximo de concentración se obtiene a las dos horas post-administración. Se debe administrar con alimentos lo que incrementa su biodisponibilidad en dos o tres veces

Se liga a proteínas séricas y es metabolizado en el hígado.

Tiene una vida media de 26 horas y es metabolizado por enzimas CYP450 a 4-hidroxi-ospemifeno, su principal metabolito, que se excreta principalmente en heces y en menor medida por orina

Todo este metabolismo hace que tengamos en cuenta que no se debe administrar con preparados de estrógenos ni con otros SERMs. Así mismo, deben evitarse el uso conjunto con rifampina, ketoconazol o fluconazol.

La administración concomitante de Osp con medicamentos que inhiben el citocromo CYP450 también puede aumentar el riesgo de reacciones adversas y reducir su eficacia.

5 Discusión-Conclusión

Existe un amplio desconocimiento de la atofia vulvo-vaginal en la población femenina española, a pesar del impacto negativo que esta entidad tiene en la calidad de vida de las pacientes.

Todo este desconocimiento hace que muchas veces se retrase el inicio del tratamiento, a pesar del impacto negativo que esto puede tener en muchas esferas de la vida de nuestra paciente.

Como profesionales, no debemos solo esperar a que las pacientes nos manifiesten sus quejas, si no, que será fundamental tener una actitud activa para indagar en la presencia de dispareunia, sequedad ect...ya que muchas veces las pacientes lo consideran “normal” para la edad y no le dan la importancia que merece.

Todo tratamiento debe ser individualizado y precoz ya que las pacientes deben conocer que de no tratarse los síntomas tienden a empeorar con el tiempo.

El Ospemifeno podría estar indicado en aquellas pacientes con sintomatología

moderada-grave por atrofia vulvo-vaginal que no pueden administrar estrógenos locales o que prefieren terapia oral a vaginal.

6 Bibliografía

- 1.Ospemifeno: Menoguía: AEEM
- 2.Guía Clínica de Menopausia y Terapia Hormonal: Fistera
- 3.Gloria Bachmann, MD, MMS, JoAnn V Pinkerton, MD, FACOG, NCMP, Genitourinary syndrome of menopause (vulvovaginal atrophy): Treatment. Apr 15, 2022. UptoDate
- 4.Jan L Shifren, MD, Overview of sexual dysfunction in women: Management. Apr 04/2022. UptoDate.
- 5.Safety and efficacy of ospemifene for the treatment of dyspareunia associated with vulvar and vaginal atrophy due to menopause, Gregory T Wurz, Chiao-Jung Kao, and Michael W DeGregorio. PubMed
- 6.Ospemifene for vulvar and vaginal atrophy: an overview. Santiago Palacios MD. Drugs Context. 2020; 9: 2020-3-2. PubMed.

Capítulo 11

MIOCARDIOPATÍA DILATADA TRAS ICTUS ISQUÉMICO EN VARÓN JÓVEN

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

ZOSER SAURA CARRETERO

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

1 Introducción

La taquimiocardiopatía se caracteriza por una disfunción y dilatación ventricular secundaria a una taquiarritmia mantenida, que puede ser reversible tras el control de la frecuencia cardíaca.

En relación a la fisiopatología, no están totalmente definidos los mecanismos implicados, pero incluyen: anomalías en el metabolismo, estrés redox, isquemia subclínica y sobrecarga de calcio en los miocitos. Los cambios moleculares y celulares conducen a anomalías en la geometría y remodelado ventricular.

Hay varias taquicardias que pueden causar taquimiocardiopatía como por ejemplo, el flutter auricular, la taquicardia supraventricular incesante, la fibrilación auricular, la taquicardia ventricular y las extrasístoles ventriculares. De todas ellas, la fibrilación auricular es la arritmia más asociada a esta patología.

El diagnóstico se realiza tras descartar otras causas de miocardiopatía, y tras corroborar la reversibilidad de la función ventricular, que se consigue tratando la taquicardia primaria, lo que señala la importancia de una rápida identificación e inmediato tratamiento.

En cuanto a la clínica, los pacientes presentan signos y síntomas insuficiencia cardiaca congestiva y miocardiopatía dilatada, incluso aunque en ese momento no esté presente la arritmia. Es frecuente que los pacientes no consulten en un primer momento y retrasen la consulta con el especialista a pesar de presentar síntomas de insuficiencia cardiaca durante algún tiempo, pudiendo retrasar la mejoría y recuperación al instaurar el tratamiento adecuado.

2 Objetivos

- Insistir en una correcta evaluación de los pacientes que se presentan con disfunción ventricular, antes de asumir el diagnóstico de taquimiocardiopatía.
- Recalcar la importancia de mantener el tratamiento específico de la disfunción ventricular a pesar de la recuperación de la FEVI en estos pacientes.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 40 años, fumador y consumidor de cocaína de forma habitual, sin cardiopatía conocida y sin otros antecedentes patológicos de interés. Presentaba antecedentes familiares de cardiopatía isquémica en su padre a edad precoz.

Es trasladado a Urgencias tras ser encontrado por sus vecinos con un síndrome hemisférico izquierdo, realizándose protocolo de código ictus donde se aprecia un ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral media izquierda, de hora de inicio indeterminada.

Durante su estancia en Urgencias se objetiva en el electrocardiograma una fibrilación auricular de novo a 120 lpm, por lo que se inician betabloqueantes para control de la frecuencia cardiaca.

Posteriormente, ingresa en la Unidad de Ictus con mejoría de la clínica motora, aunque persistiendo la afasia. Se completa el estudio con un ecocardiograma describiéndose una miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular severa (FEVI 30-35%) y la presencia de una insuficiencia mitral moderada-severa, secundaria.

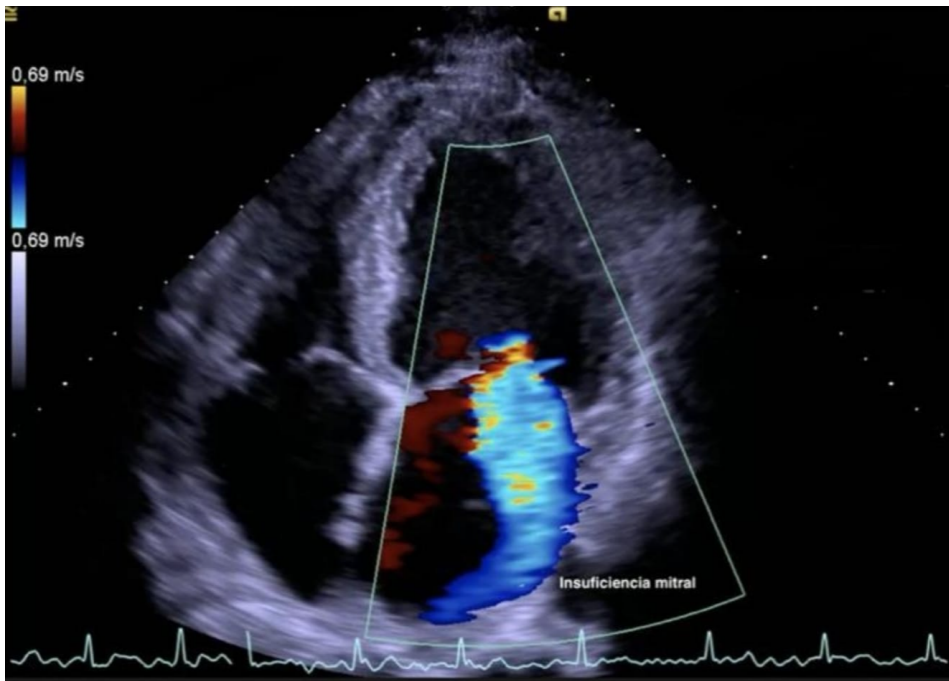
El paciente no presentaba clínica de insuficiencia cardiaca, pero dada la disfunción ventricular se inicia tratamiento específico con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonista de receptor mineralocorticoide e inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa 2, posponiéndose dos semanas el inicio de la anticoagulación según recomendación de Neurología, dado el evento isquémico agudo que había presentado.

Se solicita una cardioversión eléctrica que se realiza de forma ambulatoria, consiguiéndose reversión a ritmo sinusal, manteniéndose el tratamiento iniciado previamente.

Se evalúa posteriormente en consulta, encontrándose estable desde el punto de vista clínico, sin insuficiencia cardiaca, persistiendo cierta disfunción ventricular en el ecocardiograma realizado, aunque presentando mejoría respecto al control previo.

Dado el perfil del paciente, consumidor de tabaco y otros tóxicos, así como teniendo en cuenta los antecedentes familiares del paciente se decide completar estudio con una coronariografía, en la que se descartan lesiones coronarias.

En las sucesivas revisiones el paciente se encuentra estable clínicamente, en ritmo sinusal, manteniendo una función ventricular en el límite bajo de la normalidad (FEVI en torno al 50%).



4 Discusión-Conclusión

En este caso nos encontramos a un varón joven consumidor de tóxicos, que había presentado un ictus objetivándose una fibrilación auricular de novo, por lo que se asumió que la etiología del ictus era cardioembólica.

En el estudio se objetivó una miocardiopatía dilatada, valorándose que podía estar en contexto de la arritmia diagnosticada al ingreso, es decir que fuera secundaria a taquimiocardiopatía, por lo que se decidió iniciar anticoagulación dos semanas posteriores al evento isquémico agudo y realizar la cardioversión eléctrica de forma ambulatoria una vez que estuviera correctamente anticoagulado.

Es necesario el seguimiento estrecho de estos pacientes para valorar la recuperación de la función ventricular para poder asumir que el diagnóstico de taquimiocardiopatía. En este caso se decidió completar el estudio con una coronariografía para descartar que hubiera una causa isquémica que justificara la persistencia de la disfunción ventricular de nuestro paciente a pesar de haber conseguido revertir la arritmia.

5 Bibliografía

1. Kim, D. Y., Kim, S. H., & Ryu, K. H. (2019). Tachycardia induced Cardiomyopathy. *Korean circulation journal*, 49(9), 808–817. <https://doi.org/10.4070/kcj.2019.0199>
2. Katritsis D. G. (2021). Tachycardia-Induced Cardiomyopathy: A Fascinating Clinical Entity. *JACC. Case reports*, 3(3), 484–485. <https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2021.01.020>
3. Moulin T, Landes R, Ouazana V, Abehsira G, Lim P, Huguet R, Damy T, Teiger E, Lellouche N, Hamon D. Severe Heart Failure Associated With Tachycardia-Induced Cardiomyopathy Due to Incessant Atrioventricular Re-Entrant Tachycardia. *JACC Case Rep*. 2021 Feb 3;3(3):479-483.

Capítulo 12

TRATAMIENTO CON INSULINA EN LA DIABETES GESTACIONAL

ALBA PENELA CARRASCO

ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA

RAQUEL EIRAS LEAL

1 Introducción

Cuando hablamos de trastornos metabólicos durante el embarazo, el más prevalente es la diabetes gestacional, pudiendo , en función de las series que consideremos, llegar a afectar al 12% de las gestaciones en nuestro medio

Es, por tanto, una entidad frecuente, que además tiene implicaciones tanto para la madre como para el feto, e implica una necesidad de reclasificar metabólicamente a la paciente al finalizar el embarazo, estimando que aproximadamente un 87% será una diabetes exclusiva de la gestación, un 7.5% diabetes tipo I, y un 5% aproximadamente desarrollarán diabetes tipo II.

Debemos tener en cuenta que además, la incidencia de esta entidad se está incrementando, sobre todo en relación al aumento de la edad materna y a la obesidad materna.

Además debemos siempre informar a la paciente del riesgo incrementado para futuras gestaciones, lo que podría favorecer el diagnóstico precoz y por tanto minimizar las complicaciones.

Además, se debería fomentar, antes de la búsqueda de un nuevo embarazo un estilo de vida saludable con dieta y ejercicio físico para conseguir un normopeso y reducir el riesgo de aparición de nuevo de diabetes gestacional.

Debemos conocer y tratar bien la diabetes gestacional porque se asocia con situaciones potencialmente graves como son: Aborto, preeclampsia, distocias, malformaciones congénitas, macrosomía...

2 Objetivos

En este capítulo intentaremos de forma sencilla definir los criterios diagnósticos de la diabetes gestacional así como sus controles adecuados y las medidas terapéuticas que podemos realizar para obtener un buen control metabólico durante la gestación, cuyo principal objetivo será la reducción de complicaciones tanto para la madre como para el feto

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo ha sido precisa la realización de una revisión sistemática sobre la literatura existente sobre el tema así como también una búsqueda de información en libros de ginecología y revisión de protocolos de Sociedades científicas

4 Resultados

La diabetes gestacional hace referencia a la disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono que se diagnostica por primera vez durante el embarazo, sin embargo las pacientes con diabetes franca son aquellas que ya presentan una hiperglucemia marcada durante la primera visita gestacional, puede venir definida como:

- Glucemia basal mayor o igual a 126mg/dl

- HbA1c mayor o igual a 6.5%

- Glucemia basal mayor o igual a 200mg/dl

La diabetes gestacional se cree que se desarrolla porque de forma fisiológica en el embarazo existe un incremento de la resistencia a la insulina, que implica una reducción de la tolerancia a la glucosa, en algunas pacientes se cree que no existe una respuesta compensadora adecuada al incremento de resistencia a la insulina, lo que implica desarrollar una diabetes gestacional, que se suele manifestar como hiperglucemia post-pandrial e hipoglucemia en ayunas.

El diagnóstico de diabetes gestacional se basa en el test de O Sullivan que consiste en administrar 50g de glucosa y determinar la glucemia a la hora.

Se realiza en el primer trimestre si se cumple alguno de los siguientes factores de riesgo: Más de 35 años, obesidad, antecedentes personales de alteraciones del metabolismo de la glucosa, recién nacido anterior macrosómico, diabetes en familiares de primer grado, grupos étnicos de riesgo como: hispanas, asiático-americanas..

En el resto de gestantes se recomienda el cribado en el segundo trimestre, en torno a la semana 24-28 de gestación.

Se considera alterado cuando el resultado tras la hora es igual o superior a 140 mg/dl. Si este test inicial está alterado tendremos que realizar confirmación diagnóstica mediante una sobrecarga oral de glucosa con 100 g de glucosa, determinando la glucemia en ayunas y a los 60, 120 y 180 minutos, se considera alterada, y por tanto, diagnóstico de diabetes sin se obtienen dos valores alterados: basal mayor o igual a 105 mg/dl, a la hora igual o superior a 190 mg/dl, dos horas igual o superior a 165 mg/dl y a las tres horas igual o superior a 145 mg/dl..

Una vez establecido el diagnóstico es fundamental un tratamiento adecuado para optimizar un buen control glucémico y reducir el riesgo de complicaciones.

Se debe fomentar una dieta saludable (si el peso es adecuado, en general normocalórica) y la realización de ejercicio físico adecuado, en torno a 30 minutos a día 5 días a la semana.

En cuanto al control glucémico se recomienda realizar autocontroles cuatro veces al día: Antes del desayuno, 1 hora después del desayuno, después de la comida y la cena.

Los objetivos son: Glucemia preprandrial 95 mg/dl, post-pandrial 1 hora menos a 140 mg/dl, y post-pandrial 2 horas menor a 120 mg/dl, sin hipoglucemias ni cetonurias.

Si con dieta y ejercicio físico no se consiguen los objetivos, o existe un crecimiento fetal por encima del percentil 75 que pueda sugerir hiperinsulinismo fetal pueden ser necesarios tratamientos adicionales.

El tratamiento de primera línea es la insulina. Se emplearía por un lado la insulina basal, de tipo insulina Detemir o insulina humana NPH y por otro lado insulina rápida de tipo insulina aspart, lispro o insulina humana regular.

Si lo que tenemos es glucemias preprandriales elevadas en más de dos ocasiones en una semana se debe administrar insulina basal la noche anterior. Si existe alteración en los controles en glucemias post-pandriales deberíamos administrar insulina rápida 15-30 minutos antes de la ingesta . La dosis se irá ajustando en función de los controles pero podríamos partir de dosis de 0.2UI/Kg/día.

Se deben evitar hipoglucemias, que se sospecharán por la presencia de mareos, sudoración y palpitaciones. Se determinará la glucemia inmediatamente, si está

por debajo de 60 se podría corregir con zumo de fruta o leche, si es más severa, con valores por debajo de 40 mg/dl se debe añadir 10 g de glucosa.

En cuanto a los controles obstétricos, son similares a los realizados en pacientes no diabéticas con alguna consideración especial, se recomienda una ecografía adicional en torno a la semana 28-30 para controlar el crecimiento y volumen de líquido amniótico. También está indicado la realización de otra ecografía para estimar peso fetal en torno a la semana 39 para valorar la posible existencia de macrosomía, un PFE por encima de 4500 con diabetes gestacional sería indicación de cesárea electiva.

En cuanto a la finalización de la gestación, si existe un buen control metabólico se puede finalizar el embarazo de forma similar a las pacientes no diabéticas, sin sobrepasar la 40+6 semanas, si bien es cierto que si se precisa insulina se podría recomendar finalizar el embarazo en la semana 39. Si existe mal control metabólico se debería finalizar a partir de la semana 37.

En cuanto al control intraparto, se debe monitorizar los niveles de glucemia capilar, con objetivos entre 70-110 mg/dl sin cetonuria. En la fase activa de parto se suele administrar glucosa por vía parenteral para evitar hipoglucemias, realizando controles cada 1-2 horas

Con glucemias por debajo de 95 mg/dl. Suero glucosado 5% cada 6 horas

Con glucemias altas, por encima de 110 mg/dl: Suero glucosado 10% 500 ml + ampolla CLK 10 meq/6horas con la administración de insulina rápida endovenosa a la siguiente dosis:

-<70 mg/dl: dosis 0

-70-100 mg/dl: Dosis 1

-101-130 mg/dl: Dosis 2

-131-160 mg/dl: Dosis de 3

-161-190 mg/dl: Dosis de 4

-mayor de 190 mg/dl: Dosis de 5

En cuanto al control post-parto, las pacientes con diabetes gestacional tienen más riesgo en el futuro de Síndrome Metabólico por lo que se recomienda reevaluar a la paciente en todos los casos. Se debería realizar glucemia en ayunas, si es superior a 100 mg/dl tiene alto riesgo de persistencia de diabetes por lo que se recomendaría continuar controles estrictos y si es preciso tratamiento.

Si los valores de glucemia basal están por debajo de 100 mg/dl se recomienda realizar una SOG con 75 g de glucosa a las 6- 12 semanas post-parto.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes gestacional es la principal complicación metabólica que presentan las pacientes durante el embarazo. Es una entidad por tanto frecuente y que se asocia a numerosas complicaciones, tanto para la madre como para el feto como son: Hipertensión, macrosomía, alteraciones congénitas, hipoglucemia, distocias de parto etc..

Es fundamental realizar un diagnóstico precoz para fomentar el buen control metabólico y así prevenir la aparición de complicaciones.

Para el buen control metabólico se iniciarán cambios en el estilo de vida incidiendo en la dieta y el ejercicio físico saludable, si esto no es suficiente podría ser necesario la administración de insulina.

6 Bibliografía

1. Protocolo de diabetes mellitus y embarazo. SEGO
2. Protocolo de diabetes gestacional. Medicina Fetal Barcelona.
3. C. Durnwald (2022). Gestational diabetes mellitus: Screening, diagnosis and prevention. UpToDate. Available from https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/gestational-diabetes-mellitus-screening-diagnosis-and-prevention?search=diabetes%20gestacional&source=search_result&selectedTitle=2150&usage_type=default&display_rank=2
4. M. Hod, A. Kapur, D. A. Sacks, E. Hadar, M. Agarwal, G. C. Di Renzo, L. Cabero Roura, H.D. McIntyre, J. L. Morris, H. Divakar (2015). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management and care. Available from [https://obgyn-onlinelibrary-wiley-com.mergullador.sergas.es/doi/10.1016/S0020-7292\(15\)30033-3](https://obgyn-onlinelibrary-wiley-com.mergullador.sergas.es/doi/10.1016/S0020-7292(15)30033-3)
5. OMS (2019). Classification of diabetes mellitus. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/classification-of-diabetes-mellitus>
6. E. R. Seaquist, J. Anderson, B. Childs, P. Cryer, S. Dagogo-Jack, L. Fish. S. R. Heller, H. Rodríguez, J. Rosenzweig, R. Vigersky. (2013). Hypoglycemia and diabetes: A report of a workgroup of the American Diabetes Association and The Endocrine Society. Available from <https://academic.oup.com/jcem/article/98/5/1845/2536801?login=true>

7. OMS (2013). Diagnostic criteria and classification of hiperglycaemia first detected in pregnancy. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-MND-13.2>
- 8.D. R. Coustan, MD; L. P. Lowe, PhD; B. E. Metzger, MD; A. R. Dyer, PhD (2010). The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study: paving the way for new diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus. Available from [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)00419-9/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)00419-9/pdf)
9. Pregnancy and diabetes. Available from <https://www.idf.org/e-library/guidelines/84-pregnancy-and-diabetes.html>

Capítulo 13

DIABETES LA ENFERMEDAD SILENCIOSA

VIELKA BÀEZ PIMENTEL

ARISTELA ARIAS ROSARIO

1 Introducción

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades metabólicas mas universal, es causada por la poca producción de insulina, resistencia a la insulina o ambas, es por eso que las personas con diabetes presentan altos niveles de glucosa, debido a que el páncreas no produce suficiente insulina o sus músculos, grasa y células hepáticas no responden de manera a la insulina o ambos. Intervienen múltiples factores de riesgos, destacándose entre ellos la herencia, el medio ambiente. Su presentación puede ser abrupta o progresiva afectando a la persona de cualquier edad, sexo, raza, religión, condición social, económica, zona o país. Es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar casi todos los órganos y en especial los ojos, los riñones, el corazón y las extremidades. Dentro de las enfermedades crónicas degenerativas, es una de la más frecuente que trae como consecuencia múltiple complicación debido, en su gran mayoría, al desconocimiento, mala información o poca importancia que los pacientes tienen de la enfermedad. La razón que hace de la diabetes un importante problema sanitario es la presentación de complicaciones, conviene recordar que la diabetes es la primera causa de ceguera en muchos países.

Los nuevos datos proyectan que la cifra de personas con diabetes aumentara y su prevalencia en adultos ha aumentado progresivamente en las ultimas décadas

debido a los cambios en el estilo de vida de la población. Según la OMS la Diabetes Mellitus se situara como séptima causa de mortalidad para el año 2030. La federación internacional de Diabetes estima que la prevalencia de incrementara un 25% en el 2030 y un 51% en el 2045 con alrededor de 700 millones de afectados.

Clasificación:

Se clasifica en 3 tipos:

1.- DIABETES TIPO I: Se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas. Representa el 5-10% de los casos totales de Diabetes. Es la forma mas frecuente de diabetes durante la infancia y la juventud, pero puede aparecer en cualquier década. En la etiopatogenia influyen tanto factores ambientales (nutrición, infecciones virales, compuestos tóxicos, etc.) como factores genéticos heredados. Estos pacientes tienen mayor riesgo de presentar otra enfermedad autoinmune, del tipo enfermedad de Graves, enfermedad de Addison, Vitiligo, Celiaquía y anemia perniciosa.

2.- DIABETES TIPO II: Falta relativa o absoluta de insulina, que conlleva un defecto en el control del metabolismo de los hidratos de carbono.

DIAGNOSTICO: Criterios Diagnósticos:

A) Dos glucemias basales por encima de 126 mg/dl* B) Glucemia tras dos horas de sobrecarga oral de glucosa con 75 g > 200 mg/dl* C) Glucemia al azar >200 mg/dl, con clínica metabólica acompañante (polidipsia, poliuria y perdida de peso) D) Hemoglobina Glicosilada (GbA1c) >6,5%*

*Cualquiera de estos criterios debe de ser confirmado con una segunda determinación.

TRATAMIENTO:

Se basa en tres pilares fundamentales: Dieta, ejercicio y Antidiabéticos Orales.

Medicación Parenteral: Insulina y análogos del péptido similar al glucagón tipo I (GLP)

COMPLICACIONES CRONICAS:

Retinopatía diabética: Es la primera causa de ceguera en el mundo desarrollado. Edema Macular.

Otras Patologías Oculares asociadas a DM: Neovascularización del iris, Glaucoma de ángulo abierto., Cataratas a edad mas temprana.

Nefropatía Diabética: es la principal causa única de insuficiencia renal crónica en fase terminal.

Neuropatía Diabética, en este grupo tenemos una de las mas comunes: Pie Diabético: puede deberse a vasculopatía (alteraciones en el riesgo de la extremidad por arteriopatía periférica), neuropatía (alteraciones en la sensibilidad sobre todo) o una combinación de ambas.

COMPLICACIONES AGUDAS:

Cetoacidosis Diabética, Coma Hiperosmolar e Hipoglucemia.

DIABETES GESTACIONAL: Intolerancia hidrocarbonada que aparece por primera vez durante la gestación.

DIAGNOSTICO:

Test de O 'Sullivan: Se administra 50 g de glucosa oral y se determina la Glucemia plasmática a la hora, sin tener en cuenta la existencia de ayuno previo o no. Se considera positivo si dicha glucemia es superior a 140 mg/dl. Si es negativo con factores de riesgo, se repite el test en una de las semanas 24-28.

Sobrecarga Oral de Glucosa: Se administra 100 gr de Glucosa oral y se determina la glucemia cada hora durante 3 horas. Se considera positivo si dos o mas valores sobrepasan los siguientes rangos:

BASAL: 105 mg/dl.

1 hora: 190m mg/dl.

2 horas: 165v mg/dl.

3 horas: 145 mg/dl.

TRATAMIENTO: Se basa en estos pilares fundamentales:

1.- Autocontrol de glucemia capilar pre y postprandiales, 2.- Dieta adaptada calculando las calorías necesarias en función del índice de masa corporal (ICM). Si con la dieta no fuese suficiente, se requeriría el uso de insulina, ya que es el único fármaco aprobado para su uso durante la gestación.

2 Objetivos

Tener en cuenta la importancia de esta enfermedad, las implicancias sobre el bienestar y pronóstico de vida del paciente.

Reflejar la importancia de un buen estilo de vida, para garantizar un mejor bienestar y pronóstico de vida del paciente para lograr un nivel de conocimiento optimo tanto en los pacientes o población en general.

3 Metodología

Los métodos utilizados para realizar esta revisión bibliográfica, son a través de una búsqueda electrónica y literaria, en los que se visitan distintos buscadores de Google académico y Google. Al igual que artículos, guías, estudios, protocolos publicados en la base de datos de PubMeb, Cochrane y la biblioteca electrónica de Scielo.

4 Resultados

La Diabetes Mellitus actualmente se ha convertido en una patología de las patologías mas comunes a nivel mundial. Se inicia tratamiento con medidas no farmacológicas, si el control no es aceptable: asociar tratamiento farmacológico.

Medidas No Farmacológicas: 1.- Dieta equilibrada rica en fibra y cuando haya sobrepeso, hipocalórica. 2.- Aspectos específicos de la dieta en el diabético tratado con fármacos hipoglucemiantes: horario de comidas, hacer 5 ò 6 comidas diarias, en las diferentes ingestas el contenido calórico debe de Hidratos de carbono debe de ser estable, reducirlos a menos de 15% de la dieta. Debe seguir unos consejos adecuado de comidas, ya que son fundamentales para prevenir o retrasar las posibles complicaciones. Debe de reducir la grasa, La Leche puede ser desnatada, al ser un alimento básico no se debería prescindir nunca de el, el pan debería de ser integral (se debería de tener como norma reducir o incluso eliminar la ración de pan de la comida o la cena si el primer plato se esta tiene un contenido alto de Hidratos de Carbono. 3.-Actividad Física, de acuerdo con la edad y capacidades físicas: caminar según tolerancia, natación, bicicleta en terreno llano. 4.- Educación sanitaria reglada y consensuada con el paciente.

En la DABETES GESTACIONAL dos meses después del parto (si no hay LM) y dos meses después de terminar con la lactancia materna se realizara una nueva sobrecarga oral (75 g de glucosa oral).

El 5% de las gestantes tendrá diabetes desde entonces en adelante (tipo 2). El 20% sufrirá intolerancia a los Hidratos de Carbono. El 30% sufrirá Diabetes gestacional en posteriores embarazos. Un nuevo embarazo multiplica por tres el riesgo de Diabetes tipo 2 en el futuro.

5 Discusión-Conclusión

Los médicos al igual que todo el personal sanitario y socio sanitario debe de realizar mas campañas para concienciar a la población, programar las visitas de seguimiento según las necesidades de cada paciente, el tiempo de evolución de la enfermedad, las necesidades del proceso educativo, los cambios del tratamiento, la presencia de complicaciones u otras condiciones medicas. En cada paciente hay que pactar objetivos individualizados y realizar una cuidadosa reevaluación si estos no se consiguen, antes de intensificar tratamiento.

En ciertas poblaciones (niños, embarazadas y ancianos) se requieren consideraciones especiales. El objetivo ultimo del tratamiento es la reducción de la morbilidad asociada a la DM, con el mínimo de efectos adversos y maximizando la calidad de vida, para lo cual es fundamental: El buen control metabólico: mantener lo mas próximo a la normalidad los niveles de glucosa y HbA1c y control estricto de los otros FRCV. Este objetivo incluye lograr la desaparición de los síntomas de la hiperglucemia, evitar las descompensaciones agudas de la enfermedad, prevenir o retrasar el desarrollo y la progresión de las complicaciones asociadas.

6 Bibliografía

El Sistema Endocrino; GREENSTEIN, BEN/WOOD, DIANA, ISBN 13: 9788479033941. Guía Terapéutica Sacyl Problemas de salud Prevalentes en Medicina Familiar.

Endocrinología Clínica, Manual Moderno, Alicia Dorantes Cuellar, Cristina Martínez Sibaja, Agustín Guzmán Blanno.

Capítulo 14

ASOCIACION DE AMILOIDOSIS CARDIACA Y MIELOMA MULTIPLE

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

ZOSER SAURA CARRETERO

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

1 Introducción

La amiloidosis es un síndrome caracterizado por el depósito extracelular de un material proteico fibrilar. Dicho depósito va sustituyendo el parénquima de los órganos afectados. La sustancia amiloide se forma con la proteína fibrilar que da nombre al tipo de amiloidosis y el componente P que se presenta en todas las amiloidosis. Se han descrito hasta 17 tipos diferentes de proteínas o fragmentos de proteínas presentes en los depósitos de amiloide. La amiloidosis se clasifica en función de dos criterios: por la distribución de los depósitos de amiloide (forma localizada y forma sistémica) y por la proteína fibrilar específica. En el caso de amiloidosis sistémica asociada a mieloma múltiple, las causantes de estos depósitos son las cadenas ligeras de las inmunoglobulinas. Este tipo de amiloide, denominado AL, se observa en la amiloidosis sistémica primaria, en la sistémica asociada a mieloma múltiple y en la cutánea nodular. Por lo tanto, la amiloidosis primaria se caracteriza por presentar una población clonal de células plas-

máticas que producen una cadena ligera monoclonal de tipo lambda o kappa. Por otro lado, el mieloma múltiple es una enfermedad neoplásica en la que hay proliferación de células plasmáticas en la médula ósea y sobreproducción de inmunoglobulinas monoclonales.

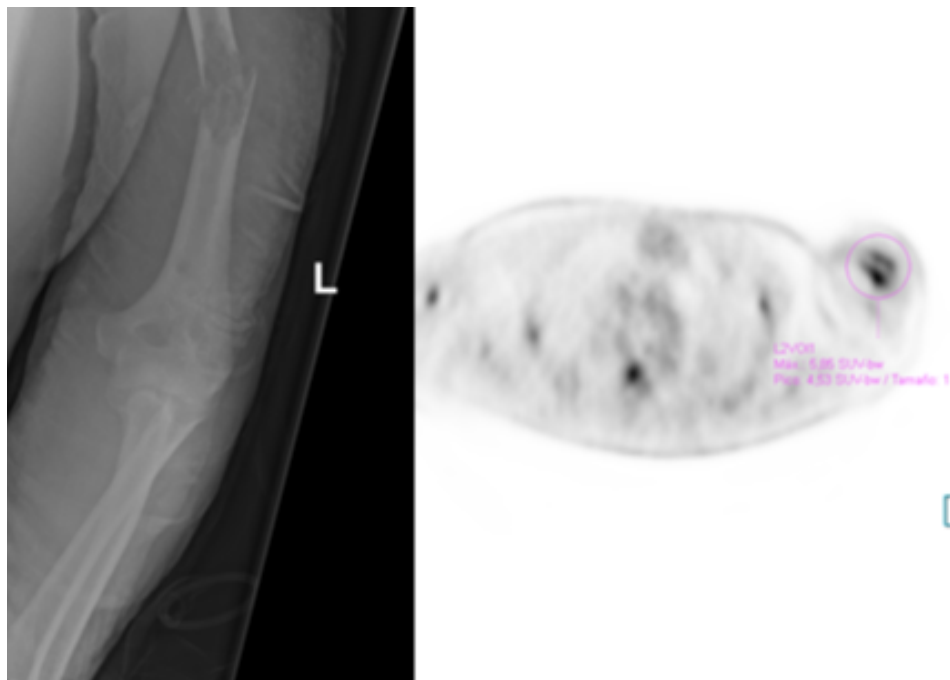
2 Objetivos

- Describir la asociación existente entre el mieloma múltiple y la amiloidosis.
- Recaltar la importancia de una sospecha y un diagnóstico precoz, para instaurar un tratamiento adecuado que modificará la supervivencia de estos pacientes.

3 Caso clínico

Varón de 72 años, con antecedentes personales de hipertensión, fumador de un paquete al día desde hace 40 años, sin ingresos previos que acude al Servicio de urgencias por dolor e impotencia funcional en miembro superior izquierdo. El paciente comenta que mientras se duchaba, resbaló, sin presentar pródromos. . Historiando al paciente sólo refiere debilidad y astenia en las semanas previas, sin otra sintomatología asociada. Se realiza una exploración física completo sin objetivar alteraciones significativas, a la auscultación cardíaca rítmica sin soplo, auscultación pulmonar sin crepitantes; miembros inferiores sin edema. Se explora miembro superior izquierdo presentando intenso dolor que impide la exploración correcta. En la analítica sanguínea se objetiva fracaso renal agudo con una creatinina de 13 mg/dl, que no estaba presente en analíticas sanguíneas previas, hipercalcemia y elevación de cadenas lambda séricas. Se realiza radiografía de tórax en la que se objetiva fractura de húmero en miembro superior izquierdo. Se realiza entonces un PET Tac donde se observan lesiones líticas difusas compatibles con mieloma múltiple con posible infiltración de médula ósea y metabolismo patológico en la zona de la fractura. Ante la sospecha de mieloma múltiple se realiza biopsia de esternón y de médula ósea que nos confirma el diagnóstico. Se realiza entonces ecocardiografía transtorácica objetivándose hallazgos compatibles con amiloidosis cardíaca con hipertrofia moderada de tabique interventricular, fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada, sin alteraciones segmentarias de la contractilidad, sin valvulopatías significativas. Una vez establecido el diagnóstico, se inició entonces tratamiento con bortezomib-melfalan-prednisona (bisemanal), sin incidencias ni complicaciones inmediatas. El paciente a lo largo de la hospitalización se mantuvo estable clínica y hemod-

inánicamente, asintomático en todo momento, por lo que fue dado de alta a domicilio con seguimiento en consultas externas.



4 Discusión-Conclusión

La amiloidosis primaria es la forma más común de amiloidosis, presentando una prevalencia del 71 % aproximadamente del total de amiloidosis; por otro lado, el mieloma múltiple representa el 13 % de los cánceres hematológicos. La edad media al diagnóstico son los 65 años. El dolor óseo, las fracturas patológicas y la hipercalcemia son las principales manifestaciones clínicas. La afectación cardíaca es responsable de hasta el 40 % de mortalidad de los pacientes. La prevalencia de amiloidosis primaria asociada a mieloma múltiple varía desde el 13 al 26 %, se ha utilizado melfalan y corticoides en dosis grandes con algún resultado discreto, sin embargo, el pronóstico es malo, ya que tras el diagnóstico de esta enfermedad la supervivencia de los pacientes es de sólo 12 15 meses. Por todo ello, decir que el diagnóstico precoz es esencial, antes de que el daño ya se haya establecido, y siempre investigar la posibilidad de su asociación dada la frecuente concurrencia de ambos.

5 Bibliografía

- 1.-Bergstrom DJ, Kotb R, Louzada ML, Sutherland HJ, Tavoularis S, Venner CP; Myeloma Canada Research Network Consensus Guideline Consortium. Consensus guidelines on the diagnosis of multiple myeloma and related disorders: recommendations of the myeloma canada research network consensus guideline consortium. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2020; 20 (7): e352-e367.
- 2.- González de la Calle V, García-Sanz, R, Mateos MV. Amiloidosis primaria. Med Clin (Barc). 2016; 147 (3): 121-6.
3. Falk RH, Comenzo RL y Skinner M, The systemic amyloidosis, N Engl J Med 1997; 337: 898-909.
4. Campistol JM, “Amiloidosis”, en Farreras Rozman, Medicina interna, Hacourt, Barcelona, 2000; 1305-1309.
5. Roselló R, “Amiloidosis primaria y secundaria”, en Pascual E, Rodríguez V, Carbonell J y Gómez-Reino JJ, Tratado de reumatología, Aran, Madrid, 1998; 189-199.

Capítulo 15

VALORACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN QUE TOMA EL PERSONAL DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) AL ACCEDER A UN PACIENTE EN AISLAMIENTO

BELÉN PALACIOS ORTEGA

1 Introducción

La transmisión de los patógenos a través de los cuidados del personal sanitario hacia el paciente es un motivo que genera mucha preocupación ¹. La infección nosocomial (IN) es la “infección causada por una amplia variedad de bacterias comunes y poco comunes, hongos y virus en el transcurso de recibir atención médica” según la CDC (centre disease control). Como actuar es un papel importante ante la propagación de la IN así como para la prevención del aumento de patógenos resistentes entre los pacientes y los trabajadores de salud, razones que causan un aumento importante tanto de las complicaciones como en el consumo de recursos.

En el último EPINE 2021 ² (estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales españoles), se incluye la IN por COVID-19, siendo las infecciones respiratorias las que se encuentran en 1ª posición.

Un derecho básico de la ciudadanía es la atención sanitaria segura. La seguridad tiene que ser un elemento clave a la hora de llevar a cabo las tareas asistenciales y

compete a todos los niveles asistenciales 3. Incluso la OMS (organización mundial de la salud) reconoció la necesidad de la seguridad del paciente como un principio básico.

También debemos tener en cuenta la seguridad para el propio personal sanitario, en el artículo 10 de la ley de prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995 del 8 de noviembre) se dice que deben establecerse medios adecuados para la evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario, por lo que se deben establecer pautas y protocolos de actuación.

Las “precauciones universales” 4 son la estrategia fundamental para la prevención de los riesgos laborales y su diseño es para reducir el riesgo de infecciones. Por lo tanto, debemos evitar los procedimientos que pongan en riesgo a los pacientes y a los propios sanitarios sin las medidas necesarias.

La prevención de las IN cobra especial importancia en unidades como la UCI (unidad de cuidados intensivos) dado que por lo general se trata de pacientes en un estado de enfermedad mas grave, esto les hace ser mas susceptibles a la colonización debido, además, a los procedimientos invasivos a los que están sometidos durante su estancia 5.

La mayoría de las infecciones derivadas de los cuidados pueden prevenirse a través de una serie de estrategias incluyendo: control ambiental, limpieza, precauciones de aislamiento, así como el uso de equipo de protección individual (EPI) adecuado. A pesar de la evidencia sobre el tema los estudios 6-8 demuestran la adhesión no adecuada a la hora de la práctica clínica.

Con este estudio se quiere demostrar los puntos en los que el personal de UCI comete mas errores para poder llegar a poner las medidas correspondientes y así conseguir una buena adherencia a la buena práctica clínica.

El estudio se centrará en los aislamientos de contacto, protector y respiratorio.

2 Objetivos

- Describir y analizar las precauciones que se utilizan para acceder al paciente aislado en UCI por parte de personal de enfermería (ENF) y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)
- Analizar la actitud y los conocimientos del personal de UCI sobre las medidas a tomar ante un paciente en aislamiento.

3 Metodología

Realización de un estudio de prevalencia multicéntrico, con carácter descriptivo y analítico. La muestra: profesionales de ENF y TCAE de la UCI-A del HUN (hospital universitario de Navarra) así como de la UCI del HCH (hospital regional universitario Carlos Haya).

El tamaño de la muestra ideal se calculará en función del tamaño de la citada población de profesionales y para un nivel de significación de 0.05 mediante un cálculo de tamaño muestral en estudios de prevalencia, desarrollada para el sistema informático SPSS.

Se deberá realizar un seminario informativo sobre el estudio a los profesionales, así como la firma de consentimiento informado para el tratamiento de datos. Se usará un check-list para el estudio (cuyos ítems se obtuvieron de una guía de práctica clínica del CDC), preservando el anonimato, en el que 2 observadores entrenados y ajenos al servicio (pero con experiencia en UCI) lo rellenaran y se registrará al profesional observado.

Después se deberá aplicar una escala tipo Likert (en la cual se pondrá la misma clave que en el check-list para poder relacionar los datos posteriormente en el análisis de datos) y así analizar la actitud del profesional observado sobre las medidas a tomar ante un paciente aislado.

Análisis estadístico de los datos con el paquete estadístico informatizado SPSS V. 15.0 o superior.

4 Bibliografía

1. Sax H, Perneger T, Hugonnet S, Herrault P, Chraïti MN, Pittet D. Knowledge of standard and isolation precautions in a large teaching hospital. *Infect control hosp epidemio.* 2005; 26(3):298-304
2. Sociedad española de medicina preventiva. Estudio de la prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. ESTUDIO EPINE-EPPS nº 31: 2021
3. Sistema sanitario público de Andalucía. Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de salud 2006.
4. Betsy Lehman center for patient safety and medical error reduction, JSI prevention and control of healthcare-associated infections in Massachusetts. Part 1: final recommendations of the Exert Panel. Boston (MA): Massachusetts department of public health; 2008 Jan 31. P.42-9.

5. Eggimann P, Pittet D. Infection control in the ICU. CHEST. 2001. 120; 2059-2093.
6. Weingarten S. Translating practice guidelines into patient care. CHEST. 2000. 118.4S-7S.
7. Landers T, McWalters J, Behta M, Bufe G, Ross B, Vawdrey DK. Terms used for isolation practices by nurses at an academia medical center. J adv Nurs. 2010. October; 66(10):2309-2319.
8. Moore D, Gamage B, Bryce E, Copes R, Yassi A. Protecting health care workers from SARS and other respiratory pathogens: organizational and individual factors that affect adherence to infection control guidelines. Am J infect control 2005;33(2):88-96

Capítulo 16

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO. PACIENTE MUJER SOMETIDA A UNA MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA POR CÁNCER DE MAMA

ALBA FERNÁNDEZ CÍA

TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA

ANA IZCO SALINAS

IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN

MARCO ALDONZA TORRES

1 Introducción

El cáncer mamario es aquel que tiene comienzo en los tejidos de la mama. (1) Se trata de una enfermedad que surge en la glándula mamaria, dónde se produce un crecimiento y multiplicación descontrolada y anormal de las células, dando lugar a la formación del tumor. Conformar el cáncer más común que padecen las mujeres, aunque puede darse también en hombres. (2)

Podemos diferenciar dos tipos de cáncer mamario:

1. Cáncer ductal: es aquel que tiene su inicio en los conductos que se encargan de llevar la leche desde la mama al pezón.

2. Cáncer lobular: es aquel que tiene comienzo en los lóbulos mamarios, encargados de la producción de leche. (1)

El tratamiento se efectúa de varias formas dependiendo del grado de propagación y del “tipo” de cáncer. Frecuentemente, las personas que sufren este tipo de cáncer suelen recibir varios tratamientos. Los tratamientos son los siguientes:

- Cirugía: incluye la mastectomía total, mastectomía radical modificada y la lumpectomía.
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Terapia con hormonas (3)

Es importante realizar una adecuada valoración y diagnóstico de los pacientes con la idea de poder ofrecer el tratamiento más adecuado a su situación. De igual manera, debemos conseguir una adecuada recuperación y un elevado nivel de bienestar bio-psico-social-espiritual durante todo el proceso de enfermedad.

2 Objetivos

- Dar a conocer un plan de cuidados de enfermería que sea individualizado y centrado en las necesidades que presentan los pacientes sometidos a una mastectomía radical modificada.
- Explicar la importancia que tienen los profesionales del equipo de enfermería en los cuidados desempeñados a estos pacientes durante todo el proceso de enfermedad.

3 Caso clínico

Paciente de 50 años que ha sido intervenida de una mastectomía radical modificada de la que se encuentra estable. Tras ser valorada en la unidad de despertar postoperatoria se le da el alta hacia la planta correspondiente.

Se encuentra hemodinámicamente estable con las constantes vitales dentro del rango de normalidad, los apósitos se encuentran limpios y refiere un dolor de intensidad moderada.

Se encuentra acompañada por su marido. Nos comenta que tiene dos hijos: una hija de 13 años y un hijo de 12 años. Además, refiere intranquilidad, nerviosismo y temor por una mala evolución de su proceso.

El plan de cuidados diseñado para la situación que presenta la paciente es el siguiente:

1. Patrón Percepción y manejo de la salud:

La paciente presenta alteración en dicho patrón debido a la situación de ingreso hospitalario que se encuentra viviendo a raíz de la realización de una mastectomía radical modificada (aquella cirugía que consiste en extirpar todo el tejido mamario, los ganglios linfáticos de la axila en conjunto con el pectoral mayor. El pectoral menor no se extirpa). (4)

Temor (00148) r/c proceso terapéutico, proceso de enfermedad y con la situación de incertidumbre ante el proceso de recuperación.

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Factores relacionados:

- Orígenes naturales o innatos (ruido súbito, pérdida de soporte físico, altura, dolor, etc.)
- Estímulos ambientales.

Características definitorias:

- Reducción de la seguridad en uno mismo.
- Excitación.
- Sentirse asustado.
- Inquietud.
- Pavor.
- Alarma.
- Terror
- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p. ej., hospitalización, procedimientos hospitalarios)

NOC

- Autocontrol del miedo.

Indicadores:

☒ Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo. Escala: Nunca demostrado - siempre demostrado

☒ Controla la respuesta del miedo. Escala: Nunca demostrado-siempre demostrado.

☒ Mantiene el control sobre su vida. Escala: Nunca demostrado - siempre demostrado

NIC

- Aumentar el afrontamiento.
- Potenciación de la seguridad.
- Apoyo emocional.
- Asesoramiento.
- Modificación de la conducta.

- Educación sanitaria.
- Disminución de la ansiedad.
- Contacto.

Actividades:

Generar un ambiente cálido y de confianza que permita la expresión de sentimientos y emociones, facilitar herramientas de afrontamiento, incluir a la familiar durante todo el proceso de enfermedad, favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional, proporcionar ayuda en la toma de decisiones, remitir a la paciente a servicios de asesoramiento según necesidad, reforzar los comportamientos de cambio adaptativo, etc.

Riesgo de infección (NANDA 00004) r/c Procedimiento invasivo realizado (Cirugía de mastectomía radical modificada)

El Riesgo de infección es el estado en que el individuo presenta riesgo elevado de ser invadido por agentes infecciosos patógenos.

Factores de riesgo

- Alteración de las defensas primarias: o Solución de continuidad cutánea. o Tejidos traumatizados. o Disminución de la acción ciliar. o Retención de líquidos corporales. o Modificación del pH de las secreciones. o Alteración del peristaltismo.
- Alteración de las defensas secundarias: o Anemia (disminución de la hemoglobina). o Leucopenia. o Supresión de la respuesta inflamatoria. o Inmunosupresión.
- Inmunidad adquirida inadecuada.
- Lesiones tisulares y mayor exposición ambiental.
- Enfermedades crónicas.
- Malnutrición.
- Traumatismos.
- Efecto de agentes farmacológicos.
- Procedimientos terapéuticos invasivos.
- Rotura de la membrana amniótica.
- Falta de conocimientos para evitar la exposición a agentes patógenos.

NOC

- Control del riesgo.

Indicadores:

- ☒ Supervisa los cambios en el estado de salud. Escala: Nunca demostrado - siempre demostrado.
- ☒ Reconoce factores de riesgo. Escala: Nunca demostrado siempre demostrado.
- ☒ Reconoce cambios en el estado de salud. Escala: Nunca demostrado - siempre demostrado.

- Curación de la herida. Por primera intención.

Indicadores:

☒ Aproximación de los bordes de la herida. Escala: Ninguno – Extenso.

☒ Olor de la herida. Escala: Extenso – Ninguno.

☒ Aproximación cutánea. Escala: Ninguno – Extenso.

- Conocimiento: Manejo de la enfermedad aguda:

Indicadores:

☒ Estrategias para prevenir las complicaciones. Escala: Ningún conocimiento – extenso.

☒ Signos y síntomas de complicaciones. Escala: Ningún conocimiento – extenso.

☒ Cuándo contactar con un profesional sanitario. Escala: Ningún conocimiento – extenso.

NIC

- Control de las infecciones.
- Cuidados de las heridas.
- Análisis de la situación de salud.

Actividades:

Revisar la apariencia que presenta la herida quirúrgica y los vendajes que la cubren, realizar la cura de la herida quirúrgica manteniendo unas condiciones adecuadas de asepsia con el objeto de evitar la aparición de infección, fomentar el autocuidado y proporcionarle toda la información que precise durante todo el proceso de enfermedad.

En caso de que la paciente presente drenajes, aplicaremos los cuidados que precisen: vigilar débito, cantidad y características, revisar su adecuado funcionamiento y sujeción, realizar una adecuada cura, etc.

Disconfort (NANDA 00214) r/c temor, falta de control de la situación, ansiedad y efectos colaterales del tratamiento.

El Disconfort o confort deteriorado, es la percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia de las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social.

Características definitorias

- Ansiedad.
- Temor.
- Síntomas relacionados con la enfermedad.
- Incapacidad para relajarse.
- Insuficiencia de control ambiental.
- Carencia de privacidad.
- Falta de control de la situación.

- Verbalización del paciente: o Sentirse incómodo. o Sentir frío. o Sentir calor. o Síntomas de estrés. o Sentir hambre. o Prurito. o Falta de satisfacción con la situación. o Falta de tranquilidad en la situación.

- Inquietud.

- Efectos colaterales del tratamiento (ej.: medicación, radiación).

NOC

- Bienestar.

Indicadores:

☒ Satisfacción con la capacidad para expresar emociones. Escala: No satisfecho - del todo satisfecho.

☒ Satisfacción con la interacción social. Escala: No satisfecho - del todo satisfecho.

☒ Satisfacción con el funcionamiento psicológico. Escala: No satisfecho - del todo satisfecho.

☒ Satisfacción con la capacidad de relax. Escala: No satisfecho - del todo satisfecho.

- Control de síntomas.

Indicadores:

☒ Utiliza medias preventivas. Escala: Nunca demostrado – Siempre demostrado.

☒ Refiere control de síntomas. Escala: Nunca demostrado – Siempre demostrado.

☒ Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta. Escala: Nunca demostrado – Siempre demostrado.

- Autoestima.

Indicadores:

☒ Aceptación de las propias limitaciones. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.

☒ Mantenimiento del cuidado / higiene personal. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.

☒ Verbalizaciones de autoaceptación. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.

☒ Nivel de confianza. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.

☒ Sentimientos sobre su propia persona. Escala: Nunca positivo - siempre positivo

NIC

- Acuerdo con el paciente.

- Manejo de la medicación.

- Aumentar el afrontamiento.

- Modificación de la conducta.

- Apoyo emocional.

- Manejo del autocuidado.

- Enseñanza.

- Favorecer la implicación familiar.
- Terapia de relajación.
- Manejo ambiental: entorno.

Actividades:

Resulta de importancia trabajar con la paciente y su familia sobre el impacto que este proceso de enfermedad está produciendo en toda su esfera bio-psico-social. En otro sentido, es conveniente: valorar sus relaciones familiares, la comprensión que presenta sobre su proceso de enfermedad, disponer de un ambiente de aceptación, ayudar a la paciente a desarrollar una valoración objetiva de lo acontecido, proporcionar apoyo emocional, mantener el dolor controlado, etc.

2. Patrón Actividad-ejercicio:

Deterioro de la movilidad física (NANDA 00085) r/c malestar, dolor, intolerancia a la actividad m/p limitación en la realización de amplitud movimientos.

El Deterioro de la movilidad física es el estado en que existe una limitación de la movilidad física independiente e intencionada.

Características definitorias

- Inestabilidad postural durante la realización de las actividades habituales de la vida diaria.
- Limitación de las habilidades motoras.
- Limitación de la gama de movimientos.
- Dificultad para girarse en la cama.
- Alteraciones en la deambulación (disminución de la marcha y velocidad, dificultad para iniciar el paso, pasos cortos, arrastre de pies, balanceo postural exagerado).

Factores relacionados

- Prescripción de restricción de movimientos.
- Malestar o dolor.
- Disminución de la fuerza, control o masa muscular.

NOC

- Conocimiento: actividad prescrita.

Indicadores:

- ☒ Efectos esperados de la actividad. Escala: Ningún conocimiento – extenso.
- ☒ Beneficios de la actividad. Escala: Ningún conocimiento – extenso.
- ☒ Propósito de la actividad. Escala: Ningún conocimiento – extenso.
- Estado de salud personal.

Indicadores:

- ☒ Curación de tejidos. Escala: Gravemente Comprometido - No comprometido.
- ☒ Nivel de confort. Escala: Gravemente Comprometido - No comprometido.

- ☒ Nivel de energía. Escala: Gravemente Comprometido - No comprometido.
- ☒ Nivel de movilidad. Escala: Gravemente Comprometido - No comprometido.
- ☒ Ejercicio físico. Escala: Gravemente Comprometido - No comprometido.
- ☒ Relaciones sociales. Escala: Gravemente Comprometido - No comprometido.
- ☒ Salud mental. Escala: Gravemente Comprometido - No comprometido.
- ☒ Equilibrio del estado de ánimo. Escala: Gravemente Comprometido - No comprometido.

NIC

- Terapia de ejercicios: movilidad articular.
- Terapia de ejercicios: control muscular.
- Terapia de ejercicios: deambulación.

Actividades:

Es importante explicar a la paciente la importancia de movilizar las(s) extremidad(es) afectada(s) de forma precoz, por el riesgo de formación de linfedema (complicación frecuente en este tipo de cirugías).

Debemos enseñar una serie de ejercicios dirigidos a prevenir y controlar el linfedema además de entregar hoja informativa sobre el mismo. Colaborar con el equipo multidisciplinar para una correcta evolución y movilidad de la paciente acorde a sus posibilidades.

3. Patrón Auto percepción-Autoconcepto:

Ansiedad (NANDA 00146) r/c preocupación creciente por tener mala evolución en el proceso de enfermedad, temor a que exista mal afrontamiento familiar.

Estado en el que el individuo tiene una sensación vaga de malestar o amenaza acompañada de una respuesta de tipo vegetativo; existe un sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Se trata de una señal que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza. El origen es con frecuencia inespecífico o desconocido para el individuo.

Características definitorias

Afectivas

- Inquietud e irritabilidad.
- Angustia y temor.
- Incertidumbre.
- Nerviosismo
- Preocupación creciente

Cognitivas

- Miedo de consecuencias inespecíficas.
- Confusión y preocupación.

Fisiológicas

- Dolor o malestar.
- Insomnio.

Factores relacionados

- Cambios o sensación de peligro del desempeño de rol.
- Conflicto inconsciente sobre valores y metas de la vida.
- Asociación familia y herencia.
- Necesidades insatisfechas.
- Crisis situacional o de maduración.
- Amenaza de muerte y amenaza de cambio en el estado de salud.
- Amenaza de cambio o cambio en el funcionamiento del rol.
- Amenaza de cambio o cambio en el entorno.
- Estrés.

NOC

- Autocontrol de la ansiedad.

Indicadores:

- ☒ Elimina precursores de la ansiedad. Escala: Nunca demostrado - siempre demostrado.
- ☒ Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso. Escala: Nunca demostrado - siempre demostrado.
- ☒ Busca información para reducir la ansiedad. Escala: Nunca demostrado - siempre demostrado.
- ☒ Planea estrategias para superar situaciones estresantes. Escala: Nunca demostrado - siempre demostrado.
- ☒ Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. Escala: Nunca demostrado - siempre demostrado.
- ☒ Controla la respuesta de ansiedad. Escala: Nunca demostrado - siempre demostrado.

- Nivel de depresión.

Indicadores:

- ☒ Baja autoestima. Escala: Grave – ninguno.
- ☒ Disminución del apetito. Escala: Grave – ninguno.
- ☒ Tristeza. Escala: Grave – ninguno.
- ☒ Culpabilidad excesiva. Escala: Grave – ninguno.
- ☒ Desesperación. Escala: Grave – ninguno.
- ☒ Eventos negativos de la vida. Escala: Grave – ninguno.
- ☒ Expresión de sentimientos. Escala: Grave – ninguno.
- ☒ Concentración alterada. Escala: Grave – ninguno.

☒ Expresión de culpa inapropiada o excesiva. Escala: Grave – ninguno.

NIC

- Disminución de la ansiedad.
- Escucha activa.
- Asesoramiento.
- Técnicas de relajación.
- Potenciación de la seguridad.
- Apoyo emocional.
- Presencia.
- Contacto.
- Distracción.
- Aumentar el afrontamiento.
- Facilitar visitas.
- Apoyo al cuidador principal.

Actividades:

Es fundamental: fomentar la escucha activa y expresión de sentimientos para poder disminuir el grado de ansiedad, enseñar técnicas de relajación que le ayuden a solventar los momentos de mayor ansiedad, fomentar la unión familiar y cuidado entre sus miembros, proporcionar la posibilidad de ser atendida por profesionales del campo de la Psicología, mantener informada tanto a la paciente como a la familia durante todo el proceso de enfermedad y resolver todas sus dudas, hacerles partícipes de todos los cuidados y decisiones sobre tratamientos, intervenciones, etc.

Trastorno de la imagen corporal (NANDA 00118) r/c cirugía (mastectomía radical modificada), preocupación con el cambio corporal, conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.

Estado en que el individuo experimenta una alteración en la percepción de su propia imagen mental del yo físico, una percepción negativa o distorsionada de su propio cuerpo.

Características definitorias

- Respuesta no verbal a cambios reales o percibidos en la estructura o función corporal.
- Expresión de sentimientos o percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función.
- Conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.

Objetivas

- Pérdida de una parte corporal.
- Cambio real en la estructura o funcionamiento.

- No mirar y no tocar una parte corporal.
- Cambios en la capacidad para valorar la relación espacial entre el cuerpo y el entorno.
- Prolongación de los límites corporales para incorporar objetos del entorno.
- Traumatismo de la parte del cuerpo que no funciona.

Subjetivas

- Rechazo a verificar un cambio real.
- Preocupación con el cambio o la pérdida.
- Sentimientos negativos sobre el cuerpo (desesperación, impotencia).
- Referencias verbales a los cambios impuestos en el estilo de vida.
- Temor al rechazo o reacción negativa de otras personas.
- Conceder demasiada atención a la apariencia del estilo de vida.

Factores relacionados

- Psicológicos y biofisiológicos.
- Culturales espirituales.
- Trastornos cognitivos o de la percepción.
- Alteraciones del desarrollo.
- Enfermedad y su tratamiento.
- Traumatismo, lesión y cirugía.

NOC

- Imagen corporal.

Indicadores:

- ☒ Satisfacción con el aspecto corporal. Escala: Nunca positivo – siempre positivo.
- ☒ Adaptación a cambios en el aspecto físico. Escala: Nunca positivo – siempre positivo.
- ☒ Descripción de la parte corporal afectada. Escala: Nunca positivo – siempre positivo.
- ☒ Actitud hacia tocar la parte corporal afectada. Escala: Nunca positivo – siempre positivo.
- Autoestima.

Indicadores:

- ☒ Aceptación de los cumplidos de los demás. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.
- ☒ Aceptación de las propias limitaciones. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.
- ☒ Descripción del yo. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.
- ☒ Comunicación abierta. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.

☒ Mantenimiento del cuidado / higiene personal. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.

☒ Verbalizaciones de autoaceptación. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.

☒ Nivel de confianza. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.

☒ Sentimientos sobre su propia persona. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.

☒ Descripción de estar orgulloso. Escala: Nunca positivo - siempre positivo.

NIC

- Potenciación de la imagen corporal.
- Potenciación de la autoestima.
- Escucha activa.
- Apoyo emocional.
- Aumentar el afrontamiento.
- Guía de anticipación.
- Fomento del desarrollo.
- Identificación de riesgo.
- Facilitar el duelo.

Actividades:

Animar a la paciente a exponer y verbalizar diariamente sus sentimientos sobre su situación que se encuentra viviendo, acompañarle en el camino de su autoaceptación ante este nuevo cambio corporal, fomentar la reafirmación de puntos fuertes y el mantenimiento de las relaciones con su entorno (de pareja, con familiares, amigos, etc.), remitir a servicios de asesoramiento, proporcionar un ambiente cálido y de confianza que ayude a la paciente a poder expresar cualquier sentimiento y emoción. (5)

4 Discusión-Conclusión

Resulta crucial desde nuestra profesión ser conocedores de la importancia que tiene realizar una adecuada valoración para poder establecer un diagnóstico, objetivos, intervenciones y actividades de enfermería adecuadas e individualizadas a la situación que tiene cada uno de los pacientes y sus familiares. Asimismo, es fundamental valorar de forma integral el entorno de los pacientes con el objetivo de lograr un grado de bienestar bio-psico-social y una recuperación mayor.

En este contexto de salud es esencial ofrecer un apropiado trato humano basado en la mejor evidencia científica disponible para contribuir a ofrecer una elevada

sensación de seguridad, cuidado, motivación, ánimo, autonomía, autoestima y fortalecimiento de su salud.

Todos los cuidados aportados van a contribuir a que se reduzca el número de complicaciones acontecidas o a prevenirlas.

5 Bibliografía

1. Cáncer de mama [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000913.htm>
2. Cáncer de mama [Internet]. Cun.es. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/cancer-mama>
3. CDCespanol. ¿Cómo se trata el cáncer de mama? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/treatment.htm
4. Mastectomía. Female Reproductive System [Internet]. 2004 [citado el 27 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mastectomy.html>
5. Listado Diagnósticos Enfermeros NANDA 2021 – 2023 [Internet]. Diagnosticos Nanda. 2020 [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/>

Capítulo 17

GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN ESPAÑA

MERCEDES MARTÍNEZ VELA

LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE

BEATRIZ PLAZA CAMPOS

ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO

1 Introducción

Los residuos sanitarios (RS) son el producto de la actividad sanitaria en la que el profesional de enfermería se ve altamente involucrado. En los últimos años han experimentado un gran incremento, dado el aumento paralelo de la actividad y el cambio que ha tenido el material sanitario, al pasar de ser reutilizable a desechable y a la diversidad de productos que se encuentran. Los RS, así como su tratamiento, influyen en la salud de las personas y en el medio ambiente puesto que entre ellos encontramos los calificados como “peligrosos”, por lo que su gestión debe basarse en una legislación que garantice la forma correcta de hacerlo.

En este trabajo se comparan las normativas de cuatro comunidades autónomas del Estado español que han sido revisadas y actualizadas, tras su formulación, con el objetivo de identificar la variabilidad o similitud existente entre ellas y, además, tomar como referentes beneficiosos los resultados coincidentes entre las mismas. Tras esta comparativa, el resultado más destacable es que existen importantes diferencias en la clasificación de los residuos sanitarios, que es la base para una

gestión adecuada de los mismos.

En conclusión, se hace visible la variabilidad existente en las normativas comparadas en cuanto a la gestión de los RS, destacando que el origen de tal distinción reside en las diferentes clasificaciones que adoptan en cada una de las comunidades autónomas, lo que lleva a que el resto del proceso se vea diferenciado.

Palabras clave: residuos sanitarios (medical waste), gestión (management), “legislation”.

La actividad sanitaria implica la realización de numerosas técnicas que requiere la producción de material de desecho o residuos. En los últimos años, este material se ha visto incrementado en número, complejidad y heterogeneidad, así como en peligrosidad. Esto se justifica por el aumento de la actividad sanitaria, del material médico de un solo uso y la variedad de los productos utilizados en la actualidad.

Los residuos sanitarios presentan determinados riesgos para la salud humana, puesto que no son material inocuo sino que se califica como “peligroso”, tanto del paciente como del profesional, así como que comprometen el medio ambiente si no se tratan de forma adecuada. Es por ello que constituyen un tema de gran relevancia y preocupación a nivel Europeo.

A nivel nacional, nuestro país no cuenta con una legislación general específica en materia de residuos sanitarios, sino que son las comunidades autónomas las que están obligadas a desarrollar su propia normativa.

Debido a la disparidad de normativas que se pueden encontrar en España, procedentes de las comunidades autónomas que las han desarrollado, con este trabajo se comparan cuatro de ellas que se encuentran revisadas y actualizadas, para identificar la variabilidad o similitud que puedan presentar. Se revisa, en concreto, la parte de la normativa referida a la gestión y manejo de los residuos que se realiza dentro del centro sanitario y en la que participa el profesional de enfermería. Tras conocer la variabilidad o similitud, se tendrán en cuenta los resultados coincidentes entre las normativas y se tomarán como beneficiosos. La comparación se ha realizado con la ayuda de una matriz donde se exponen los datos más importantes de cada documento y tras la cual se señalan las conclusiones.

2 Objetivos

Objetivo general:

-Comparar las normativas de cuatro comunidades autónomas españolas en cuestión de gestión de residuos sanitarios (Cataluña, La Comunidad de Madrid,

Extremadura y El País Vasco con el fin de identificar si existe variabilidad o similitud entre ellas.

Objetivo específico:

☒- Considerar beneficiosos los resultados obtenidos de la comparación que resulten coincidentes entre varias normativas.

3 Metodología

La presente revisión bibliográfica de la normativa en cuestión de residuos sanitarios en el Estado español se ha realizado analizando los decretos de cuatro comunidades autónomas (Cataluña, Comunidad de Madrid, Extremadura y el País Vasco). No se escogieron estas normativas al azar sino que fueron seleccionadas tras la pertinente documentación después de una búsqueda bibliográfica en torno al tema escogido. Fueron escogidas precisamente, como se indica en el marco teórico, por tratarse de comunidades autónomas que, además de haber publicado su propia normativa en cuestión de residuos sanitarios, la han revisado posteriormente. Todos los decretos se han localizado en las páginas de los Boletines Oficiales autonómicos correspondientes, por lo que se recurrió directamente a las mismas.

Los decretos actualizados utilizados en la revisión fueron:

☒- Decreto 27/1999, de 9 de febrero, de la gestión de los residuos sanitarios (de Cataluña, obtenido en la página del Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya <http://www.gencat.cat/dogc>)

☒- Decreto 83/1999, 3 de junio, regula las actividades de producción y gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos de la Comunidad de Madrid (obtenido en la página del Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid www.bocm.es)

☒- Decreto 141/1998, de 1 de diciembre, por el que se dictan normas de gestión, tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios y biocontaminados (de Extremadura, obtenido en la página del Diario Oficial de Extremadura <http://doe.juntaex.es/>)

☒- Decreto 76/2002, de 26 de marzo, por el que se regulan las condiciones para la gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad autónoma del país Vasco (obtenido en www.euskadi.net/bopv)

Además de los documentos analizados, se han utilizado otros que han servido como fuente de información, realizando las siguientes búsquedas bibliográficas:

☒- Google académico: o Gestión residuos sanitarios (55 resultados): artículos publicados entre 2000 y 2013, páginas en español, sin incluir patentes ni 18 citas y

que contenga la frase exacta “gestión de los residuos sanitarios”

☒ - Tesis doctoral: Diseño de un sistema de gestión de los residuos sanitarios peligrosos generados en un centro sanitario tipo de la Comunidad de Madrid.

☒ - NTP 838 (Nota Técnica de Prevención) de gestión de Residuos Sanitarios

☒ - Critical review of medical waste legislation in Spain o Gestión residuos sanitarios España (225 resultados) artículos publicados entre 2000 y 2010. Páginas en español, sin incluir citas y que contenga la frase exacta “residuos sanitarios”

☒ - Segregación de residuos sanitarios: efectividad de una intervención educativa a profesionales de enfermería en Unidades Asistenciales de Atención Especializada. Estudio experimental Hospital Clínico San Carlos.

- Dialnet: o Gestión recursos sanitarios (31 resultados)

☒ - La gestión de residuos sanitarios, tesis doctoral

☒ - Pubmed: o Medical waste disposal AND Nursing (37 resultados) con el filtro abstract available

☒ - Critical review of medical waste legislation in Spain ☒

- Promoting environmentally responsible health care

A lo largo de la realización del trabajo se ha cambiado el enfoque que se pensó al inicio. Se inició el trabajo pensando hacer una comparación entre los decretos de las cuatro comunidades elegidas en relación a la Ley General 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados, pero se comprobó que resultaría algo sin sentido puesto que dicha ley no contempla los residuos sanitarios sino que deriva su responsabilidad y normativa a las comunidades autónomas. Finalmente, se decidió tomar la parte que relacionaba el tema, mayoritariamente, con la enfermería, siendo ésta la gestión interna. Se toma como referencia en la comparación de las cuatro normativas diez ítems de importancia en la parte mencionada:

☒ - Objetivo del documento

☒ - Definiciones contempladas

- Clasificación de los RS

☒ - Necesidad de autorización para el centro productor

☒ - Características del envasado

☒ - Identificación del envasado/etiquetado

☒ - Transporte/traslado interno

☒ - Depósito final

☒ - Prevención/registro de incidentes en los centros sanitarios

☒ - Responsable de la gestión

En el procedimiento primero se comparan los cuatro decretos para determinar la variabilidad o semejanza que hay entre ellos, y luego el número de coincidencias encontradas será el referente para determinar las características que deban

considerarse como beneficiosas.

4 Resultados

A continuación se especifican los resultados obtenidos de diez ítems analizados en la comparación de las normativas:

OBJETIVO. El objetivo establecido en cada decreto, de manera general, viene a ser el mismo: establecer la normativa para la gestión de los RS para la protección de la salud pública y el medio ambiente, aunque en el caso de Cataluña y Extremadura incluyen, además, la preservación de los recursos naturales.

DEFINICIONES CONTEMPLADAS. Todos los decretos explicitan el término “residuo sanitario”, coincidiendo su definición en todos los casos con las características de sustancia, producto de la actividad sanitaria y destinada al abandono o desprendimiento, aunque ésta es una característica no contemplada por el decreto de la C. de Madrid. Atendiendo a las definiciones incorporadas en cada decreto Cataluña sólo hace referencia a la de RS, mientras que El País Vasco integra diez términos entre los que se encuentran “actividades sanitarias” o “gestión”, en los que coincide con Extremadura en su lista de seis términos; ambas comunidades incluyen también los términos “gestión interna” y “gestión externa” (Extremadura), y “gestión intracentro” y “gestión extracentro” (País Vasco); La C. de Madrid en cambio incorpora nueve términos entre los que se encuentra “centro sanitario”, entre otros.

CLASIFICACIÓN. Cataluña clasifica los RS en cuatro grupos, que se dividen en residuos sin riesgo y residuos de riesgo. Ésta podría equipararse a la clasificación del País Vasco, a pesar de tener tres grupos, pues asocia los mismos conjuntos de residuos en un mismo grupo a excepción del material sanitario sin riesgo de infección que también lo incluye con los residuos municipales. La C. de Madrid hace una clasificación más extensa, de siete clases, equiparable a la de Extremadura que divide a los RS en seis grupos, contando con un grupo menos debido a que unifica en uno a los residuos químicos, los medicamentos caducados y los citostáticos.

EXCLUSIONES. Cataluña excluye de su decreto a los residuos incluidos en el grupo I y los restos de sustancias químicas, medicación caducada, aceites minerales, residuos de laboratorios radiológicos y residuos radioactivos que están regulados por otras normas específicas. La C. de Madrid excluye las clases I, IV, V y VII de su decreto, las escorias y cenizas producto de la incineración de residuos

en centros hospitalarios y los residuos de cultivos microbiológicos para preparados de alimentos y biotecnología y contenedores o aparatos para su preparación y manejo. Extremadura excluye los residuos incluidos en los grupos I, V y VI. El País Vasco excluye los residuos radioactivos y los restos humanos del grupo III. A pesar de que no coincidan por pertenecer a clasificaciones diferentes, se corresponden con los mismos residuos excluidos en las cuatro comunidades: residuos municipales (excepto en El País Vasco), residuos radioactivos, restos humanos y restos de sustancias químicas (excepto en Extremadura).

AUTORIZACIÓN. La C. de Madrid y El País Vasco coinciden en la necesidad de una autorización para los centros productores de RS, para la que es necesario presentar un Plan de Ordenación o Gestión de Residuos Citotóxicos, que en Cataluña es necesario a pesar de no exigirse autorización. En Extremadura no se requiere ninguna de las dos cosas. Los tres decretos coinciden en incorporar en el mismo un programa de formación del personal implicado en la gestión de los RS y minimizar la exposición de los colectivos de trabajadores del centro sanitario a los agentes infecciosos durante la gestión intracentro, así como medidas para minimizar o reducir la generación de los RS. Cataluña y La C. de Madrid incorporan la persona responsable de la puesta en marcha y seguimiento del mismo. La C. de Madrid y Extremadura incorporan las cantidades de residuos generadas; en el caso de La C. de Madrid específicamente de los departamentos o residuos de donde proceden. Ambas también incorporan los equipos y métodos para las operaciones de gestión intracentro, así como los equipos y métodos para el depósito final de los distintos tipos de RS. Éstas también adjuntan la frecuencia prevista de evacuación de los depósitos tanto intermedio como final. También demandan estas, equipos y procedimientos a utilizar en casos de emergencia como derrames. La C. de Madrid destaca, no obstante, en incorporar también el nombre de la empresa que realiza la recogida o transporte de los residuos biosanitarios especiales y residuos citotóxicos generados, mientras que Extremadura reclama alternativas previstas para el caso de que alguna de las instalaciones de eliminación esté fuera de servicio.

ENVASADO. En el caso del envasado, los decretos de las cuatro comunidades autónomas coinciden en muchos rasgos comunes. Todas aceptan dos tipos de envases, bolsas y recipientes rígidos, con características distintas entre sí. Cataluña, C. de Madrid y País Vasco definen las características del envasado en función de las propias del grupo o clase de residuo, y, en cambio, Extremadura agrupa las especificaciones del envasado de los grupos II, III y IV sin hacer distinción. En rasgos generales, los recipientes para los residuos sanitarios deben ser opa-

cos, resistentes a la rotura o perforación, que permitan asepsia total al exterior, impermeables y rígidos, con cierre herméticos y sin posibilidad de apertura accidental. Cataluña, C. de Madrid y el País Vasco coinciden en las especificaciones de los envases de los residuos de citotóxicos y de los residuos cortantes y punzantes. Los primeros, además de las características generales ya nombradas, deben ser impermeables y evitar desprender emisiones tóxicas por combustión; asimismo Cataluña especifica el material (polietileno, poliestireno o polipropileno). Los segundos, envases de residuos cortantes y punzantes, deben reunir las características de impermeabilidad, rigidez, impermeabilidad y especificidad. Los únicos decretos que hacen referencia al envasado específico sobre los residuos líquidos son Cataluña y el País vasco, coincidiendo en que han de ser envases rígidos, impermeables y herméticos; Cataluña destaca que son obligatorios en salas de operaciones, servicios ginecológicos, de anatomía patológica y bancos de sangre. Respecto al uso de bolsas está contemplado en los decretos de las cuatro comunidades. En Extremadura únicamente se consideran para los residuos del grupo II, y no adoptan características distintas a las de los recipientes. En Cataluña el uso de bolsas únicamente se contempla ante la ausencia total de elementos sólidos, cortantes y punzantes, de un grosor mínimo de 55 cm y con un volumen no superior a 90 litros. En la comunidad se consideran las bolsas para los residuos biosanitarios asimilables a urbanos (de galga mínima 200) y para los residuos biosanitarios especiales (de galga mínima 200, de polietileno o polipropileno y con un volumen no superior a 80 litros). En el País Vasco envasan los residuos del grupo I en bolsas de galga mínima 200; también los residuos del grupo II siendo éstas de una galga mínima de 400.

IDENTIFICACIÓN/ETIQUETADO. Cataluña refiere únicamente la identificación externa del fabricante y del rótulo “GII” para el envase que contiene los residuos del grupo II en los centros hospitalarios. La C. de Madrid identifica sus envases de residuos biosanitarios asimilables a urbanos de color verde. Los envases de los residuos del grupo II en Extremadura no precisan de rótulo específico. El envase de residuos del grupo I en el País Vasco es de color negro. Para los residuos citotóxicos en Cataluña el envase es azul y deben llevar un rótulo que indique precaución (“Material contaminado químicamente. Citotóxicos”), pudiendo usarse cualquier otro color para los envases de los residuos tipo III pero sin ignorar el rótulo identificativo de precaución (“Residuos de riesgo”). En la C. de Madrid los envases rígidos de los residuos biosanitarios especiales se asocian con el pictograma de biopeligroso y el texto correspondiente, siendo las bolsas al respecto de color rojo; la distinción conveniente que se hace para diferenciar los residuos citotóxicos es el pictograma de citotóxico y el texto asociado. En Extremadura

tanto el grupo III como el grupo IV deben llevar los rótulos pertinentes de “residuos de riesgo” y “Material contaminado químicamente. Citostáticos”, respectivamente. Los envases de los residuos del grupo II del País Vasco han de identificarse con el anagrama “Biorriesgo” y el pictograma internacional de los residuos biocontaminados (en negro sobre fondo naranja de medidas mínimas 10x10 cm); los residuos del grupo III se señalarán con pictogramas que indiquen la naturaleza de sus riesgos indicando el CER6 y el código de identificación de residuos correspondiente a la lista LER.

TRANSPORTE/TRASLADO INTERNO. Cataluña y Extremadura coinciden en la responsabilidad, agilidad, rapidez, asepsia, inocuidad y seguridad como criterios para el traslado interno de los RS. Para extremar las medidas de prevención frente a los pacientes, personal y visitantes en el decreto de la C. de Madrid se especifica que se evitarán los circuitos que usen los mismos así como los ascensores usados por éstos, y en el decreto del País Vasco se puntualiza que el traslado se realizará en los momentos de mínima circulación de personas. En los hospitales donde se realice almacenaje intermedio (serán zonas delimitadas expresamente), el transporte al almacenamiento final o almacenaje central será de 12 horas máximo en Cataluña y el País Vasco y 24 horas máximo en Extremadura. Ante la posibilidad del uso de contenedores de almacenamiento intermedio, así como de transporte hasta el almacenamiento final, deben ser de fácil limpieza y desinfección para poder realizar esta acción con una periodicidad diaria o incluso tras dicha actividad, recalcando en los decretos de la C. de Madrid y Extremadura la importancia de cerrarse convenientemente.

DEPÓSITO FINAL. Cataluña y Extremadura coinciden en el periodo máximo de almacenamiento de residuos dentro de un centro hospitalario: 72 horas prorrogables si el almacén dispone de sistema de refrigeración; en el caso de los pequeños productores difieren, siendo el periodo máximo en Cataluña de un mes, mientras que en Extremadura es de 2 semanas con refrigeración. Cataluña, la C. de Madrid y el País Vasco coinciden en las características que debe reunir el local de almacenamiento final de los residuos sanitarios: ventilado aunque alejado de rejillas de aspiración y sistemas de ventilación, de fácil limpieza y desinfección para realizar estas actividades a diario, bien señalizado y de fácil acceso, así como con acceso permitido a personal autorizado, con ventilación, protegido de la intemperie, así como de temperaturas y animales o insectos. En los decretos de la C. de Madrid y el País Vasco se contempla la actuación ante la posibilidad de incendios proponiendo medidas de protección para la extinción de los mismos. En la C. de Madrid también cuentan con la posibilidad de vertidos accidentales en la disposición de productos de limpieza y desinfección.

PREVENCIÓN/REGISTRO DE INCIDENTES. A excepción de Extremadura, en el resto de los decretos de las comunidades autónomas se contempla de una forma u otra la prevención de incidentes y el registro de los mismos. En Cataluña debe constar un programa de formación al personal implicado en la gestión de los RS en el plan de gestión intracentro. En la C. de Madrid los centros deben contar tanto con protocolos de actuación como con material y equipos adecuados en caso de incidente. En el País Vasco los productores de RS están obligados a presentar un Plan de Gestión de RS que contenga medidas preventivas de seguridad y salud laboral así como los equipos y procedimientos relacionados con los residuos en caso de emergencia. En cuanto al registro de incidentes en los centros sanitarios, los decretos de las tres comunidades también coinciden en que, en caso de producirse cualquier incidencia, se debe informar a la autoridad sanitaria competente bien mediante la elaboración de un informe explicativo a la Dirección General de Salud Pública (Cataluña), como un aviso a la Consejería de Medio Ambiente y Desarrollo Regional (C. de Madrid) o un libro de registro sellado por la autoridad sanitaria competente (País Vasco).

RESPONSABLE DE CUMPLIMIENTO. En Cataluña el responsable del cumplimiento de las obligaciones del centro productor será el director gerente, gerente o responsable máximo de la gestión del centro, servicio o establecimiento, con las funciones de vigilar el cumplimiento, informar de los efectos perjudiciales y las medidas para impedirlos, adoptar medidas para realizar una gestión correcta y enviar información correcta que solicite la administración. En La C. de Madrid y en El País Vasco el responsable será quien esté encomendado con las funciones de dirección del centro sanitario y sus funciones son meramente las de proporcionar la información correcta que le sea solicitada. En Extremadura el responsable es la entidad o administración titular del centro, y, en su lugar, el director gerente del mismo, quien tendrá las mismas funciones que en Cataluña.

5 Discusión-Conclusión

APORTACIONES MÁS RELEVANTES DE LA REVISIÓN

Así como se observa en los documentos analizados, los objetivos que se persiguen alcanzar con los decretos analizados giran alrededor de la protección de la salud pública y el medio ambiente, preservando los recursos naturales, mediante el establecimiento de una normativa que regule la gestión de los residuos sanitarios. Lo que se ha podido comprobar con la comparativa realizada es que los decretos analizados a la vez que muestran un alto grado de diferenciación, causada

originariamente por la clasificación de los residuos sanitarios que adopta la normativa de cada comunidad autónoma, se rigen por los mismos principios básicos en cuanto a normas y objetivos y es lo que les hace coincidir, a su vez, en otros tantos aspectos. En la base a tal diferenciación se encuentra la clasificación de los residuos sanitarios, que resulta diferente en la normativa de las cuatro comunidades autónomas comparadas. Este hecho genera cierta incertidumbre, ya que con una correcta clasificación se daría lugar a una gestión más eficaz y con mayores beneficios sobre los objetivos planteados.

Respecto a los objetivos que se persiguen con la correcta gestión de los residuos sanitarios, así como buscan alcanzar la protección de la salud pública (tanto pacientes como profesionales) y del medio ambiente, encontramos la importancia dada al rol del profesional de enfermería para lograrlos en relación a la gestión interna dado que, como profesional que manipula y hace uso de todo tipo de material, es un elemento clave para conseguirlos. Se considera necesaria, y se ve reflejada en los decretos, una correcta formación a los profesionales de enfermería, que debe estar fundamentada en la evidencia científica.

INFORMACIÓN SOBRE LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN A SEGUIR

A pesar de darse un consenso absoluto en la idea de dirigir la gestión de los residuos sanitarios hacia una mejora paulatina que desemboque en una reducción de incidentes y de contaminación, y en un aumento en la protección de la salud humana y del medio ambiente, existen diferencias en la forma de llevarlo a cabo. A raíz de esta revisión se dejan abiertas otras líneas de estudio como valorar la forma en que repercute individualmente la forma de intervención establecida en las normativas de cada comunidad, aunque primordialmente el mayor interés es el establecimiento de una clasificación estándar común en el territorio nacional, por lo que las líneas de investigación deberían dirigirse al respecto.

6 Bibliografía

Rodríguez E. Diseño de un sistema de gestión de los residuos sanitarios peligrosos generados en un centro sanitario tipo de la Comunidad de Madrid [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. 2013

Insa, M. Zamorano, R. López, 'Critical review of medical waste legislation in Spain' Resources, Conservation and Recycling 54: 1048 -1059, 2010

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Gestión de residuos sanitarios. Centro Nacional de Condiciones de trabajo; Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2009. Notas Técnicas de Prevención 838.

Orden MAM/304/2002, de 8 de febrero, por la que se publican las operaciones de valorización y eliminación de residuos y la lista europea de residuos. Boletín Oficial del Estado, no 43,(19 de febrero de 2003),

Pérez R. Desigualdades en salud por clase social y Política Sanitaria. Las Encuestas de Salud de Cataluña (1994-2002). [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Ciències Polítiques i Sociologia. 2006.

Real Academia Española. [homepage on the internet]. Madrid: Real Academia Española; c2013 [consultado 3 de diciembre de 2013]. Disponible en: www.rae.es

Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados. Boletín Oficial del Estado, no 181, (29 de julio de 2011).

Serrano M. O. La gestión de residuos sanitarios. [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante. Facultad de Derecho. 1999

J, Skiehar K. Promoting environmentally responsible health care. Can Nurse. 2007 Jan;103(1):22-6

Lope T. Segregación de residuos sanitarios: efectividad de una intervención educativa a profesionales de enfermería en Unidades Asistenciales de Atención Especializada. Estudio experimental Hospital Clínico San Carlos. Reduca. 2013 Dic [acceso 8 Dic 2013]; 2(1): 1282-1302. Disponible en: www.revistareduca.es

Decreto 27/1999, de 9 de febrero, de la gestión de los residuos sanitarios. DOGC, no 2828, (16 de febrero de 1999).

Decreto 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid. BOCM, (1 de julio de 1999).

Decreto 141/1998, de 1 de diciembre por el que se dictan normas de gestión, tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios y biocontaminados. DOE, no 141, (10 de diciembre de 1998).

Decreto 76/2002, de 26 de marzo, por el que se regulan las condiciones para la gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV, no 75, (22 de abril de 2002).

Colegio de Enfermería de Barcelona. Código de Ética de Enfermería. Barcelona: COIB; 1986

Organización Colegial de Enfermería, Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: OCE; 1989

Jiménez M.J. "Principios bioéticos". Ética y legislación. EUIT.Universidad Autónoma de Barcelona. Noviembre 2011.

Capítulo 18

TRABAJO NOCTURNO COMO FACTOR DE RIESGO FRENTE A PROCESOS ONCOLÓGICOS

MARTA TOMÁS MUÑOZ

VANESSA NAVARRO AGUILAR

RAQUEL GENOVÉS PICÓ

ÁNGEL ORTIZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los centros médicos y la población en general precisan de una atención continuada y para ello, una gran parte de los profesionales sanitarios deben llevar a cabo la forma de trabajo comúnmente denominada “trabajo a turnos”, definido como “programa de trabajo sistematizado en el que las horas de trabajo se sitúan en diferentes momentos del día y la noche, desviándose de las horas estándar”.

Este modelo organizativo, aunque está demostrada que ayuda a gestionar de manera más eficiente el trabajo, tiende a ser menos satisfactorio para los profesionales, ya que conlleva un mayor estrés para el trabajador y puede repercutir de manera negativa en la conciliación familiar. Por otro lado, también puede influir tanto en la regulación de la melatonina como en los hábitos de vida de cada individuo, ya que existen numerosos estudios que demuestran que el trabajo a turnos, al igual que el trabajo nocturno favorece las conductas nocivas como consumo de

alcohol o hábitos dietéticos descontrolados. Por todo esto, llevar a cabo este tipo de turnos de trabajo se relaciona con el diagnóstico de trastornos oncológicos.

Cabe destacar que existe una institución denominada Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CERC/ IARC) que se encarga de dirigir y coordinar las investigaciones relacionadas con las causas de los procesos neoplásicos. De este modo, clasifica en 5 categorías estas causas: GRUPO 1 (Cancerígenos para humanos), GRUPO 2A (Probablemente cancerígenos para humanos), GRUPO 2B (Posiblemente cancerígenos para humanos), GRUPO 3 (No clasificable como cancerígeno para humanos), GRUPO 4 (Probablemente no cancerígeno para humanos). Tras el aporte de nuevas evidencias en relación con este tema, en julio de 2019 se mantuvo de manera oficial que el trabajo en turno de noche pertenece al grupo 2A.

2 Objetivos

Como objetivo general del estudio se pretenden conocer la relación entre el horario de trabajo por turnos y el cáncer en el personal sanitario.

3 Metodología

Para este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. En el mes de febrero de 2022 se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos como Google académico, Scielo y Lilacs. Para ello, se utilizaron los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) “neoplasia” y “Horario de Trabajo por Turnos”, relacionándolos mediante el operador booleano “AND”.

Tras realizar la búsqueda y para poder realizar una selección adecuada de los artículos que mejor se adaptan al objetivo de este estudio se utilizaron criterios de inclusión y exclusión. En cuanto a los criterios de inclusión utilizados, se incluyeron los artículos publicados en los 5 últimos años y escritos en idioma español. Por otro lado, los criterios de exclusión empleados fueron artículos publicados anteriores a 2017, escritos en cualquier otro idioma que no fuera español y también se excluyeron Trabajos de Final de Grado y Trabajos de Final de Máster. Finalmente, se seleccionaron 3 artículos que cumplieran los criterios previamente descritos (dos estudios descriptivos transversales y una revisión bibliográfica).

4 Resultados

Tras la lectura de los diferentes artículos seleccionados para nuestro estudio, en primer lugar, cabe destacar que el tipo de cáncer que más se relaciona con este factor de riesgo es el cáncer de mama, aunque también se asocia con el cáncer de endometrio o de próstata. Mediante los 2 estudios descriptivos transversales consultados, podemos corroborar que existe una clara asociación entre el trabajo nocturno y el diagnóstico de cáncer, y para explicar y justificar la existencia de esta asociación, es necesario desarrollar las causas que producen este fenómeno.

En primer lugar, uno de los factores más influyentes, dentro de la forma de trabajo por turnos, es el número de noches consecutivas realizadas, puesto que es directamente proporcional al número de diagnósticos, al igual que el número de años consecutivos trabajando en este modelo organizativo. Se llega a hablar de un aumento del riesgo a partir de 500 noches trabajadas o 3 turnos de noche al mes de forma regular durante más de 10 años.

Por otro lado, otra de las causas relacionadas sería el descanso irregular. La melatonina es secretada por la glándula pineal y ésta, está regulada por la cantidad de luz natural. Durante la noche, con la oscuridad, aumentan los niveles de melatonina, pero se ha demostrado que en personas que trabajan en turno de noche, se observa una disminución en los niveles de esta hormona. La melatonina es el principal mecanismo biológico que relaciona el cáncer de mama con el trabajo nocturno, puede que debido a la influencia de la melatonina en la producción de estrógenos. Por lo tanto, esto podría suponer otras de las causas de esta asociación.

Por último, también cabe destacar que las personas que trabajan con turnos rotatorios y nocturnos tienden a la obesidad y el sobrepeso, puesto que no se llevan a cabo buenos hábitos dietéticos. El trabajo nocturno puede favorecer a ingerir sustancias excitantes como el café o el tabaco, seguir unos horarios de comidas irregulares o el consumo excesivo de hidratos de carbono. Todo ello, conlleva a los trastornos digestivos y estos son también otro factor de riesgo a la hora de sufrir estos procesos neoplásicos.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los estudios seleccionados y la posterior lectura y comparación, se han encontrado similitudes en los resultados de los diversos estudios. Existe

un alto número de diagnósticos de cáncer relacionados con personas que siguen modelos organizativos como el anteriormente comentado, es decir, los trabajos a turnos y el trabajo nocturno, y especialmente en profesionales sanitarios puesto que son los que habitualmente trabajan de esta manera. Más concretamente, hay que valorar los años en los cuales la persona se ha encontrado trabajando en esa situación, al igual que la cantidad de noches consecutivas realizadas, ya que es un dato muy significativo que permite discernir entre ser un factor de riesgo o no.

Por otra parte, este tipo de horarios afectan a otros aspectos que pueden repercutir en el diagnóstico de trastornos oncológicos, como pueden ser las alteraciones del estado nutricional mediante la ingesta de comida en horarios irregulares, la tendencia a comer de manera descontrolada, el tabaquismo.

Por todo esto, se deben realizar talleres de educación para la salud por parte de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales para evitar este tipo de malos hábitos y así promover la salud de todos los trabajadores, ya que en este sector es necesaria la atención a todas las personas las 24 horas al día. Como limitaciones del estudio cabe destacar, que no existe demasiada bibliografía al respecto de este tema, sobre todo actual, por lo que deberían realizarse más estudios en diferentes hospitales y centros de salud con servicios de urgencias de 24 horas y valorar los riesgos que supone, así como promover o estudiar los horarios que mejor se adapten tanto a la organización laboral como a la conciliación familiar.

6 Bibliografía

1. La IARC mantiene el trabajo en turno de noche como “probable carcinógeno”. Instituto de Salud Global de Barcelona [Internet]. 15 de julio de 2019 [Consultado 1 de marzo de 2022]. Recuperado a partir de: <https://www.isglobal.org/-/iarc-retains-probably-carcinogenic-classification-for-night-shift-work>
2. Fagundo-Rivera J, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Allande-Cussó R, Ortega-Moreno M, Ruiz-Frutos C. Trabajo, familia y percepción de la propia salud en las enfermeras: relación con el cáncer de mama y el trabajo a turnos. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: 2 de junio e202106078. Recuperado a partir de: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202106078.pdf
3. MP Asmat et al. Trabajo nocturno y cáncer de mama en personal sanitario. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* 2018; 27: 141-149. Recuperado a partir de: <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v27n3/1132-6255-medtra-27-03-141.pdf>

4. Ponga N, Pérez P. Turnicidad laboral irregular: riesgos par ala salud. Rev Enf Trab 2019. 9; 3: 145-152. Recuperado a partir de: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e13861/e13861>

Capítulo 19

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE DE CIRUGIA ESOFAGOGASTRICA

IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN

ANA IZCO SALINAS

TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA

ALBA FERNÁNDEZ CÍA

MIREN ROS AÑON

1 Introducción

La cirugía esofagogástrica es la parte de la cirugía que se encarga del esófago y del estómago.

El esófago es una parte del aparato digestivo formado por un tubo muscular, con dirección longitudinal, que va de la faringe al estómago. Este órgano es el único digestivo que encontramos en el tórax. En su comienzo y en su final tiene dos esfínteres, el esofágico superior y el inferior, que lo hacen independientes del estómago y de la faringe.

El esófago se divide en cuatro partes o porciones:

- Cervical o superior: del cartílago cricoides hasta la horquilla esternal
- Torácica o media: de la horquilla esternal al diafragma
- Diafragmática: el anillo diafragmático

- Abdominal o inferior: la porción comprendida del diafragma al estómago. Se encuentra en la parte posterior de la tráquea, en el mediastino posterior, en contacto con la aurícula izquierda, con la aorta y con el bronquio principal izquierdo. Mide aproximadamente entre veintidós y veinticinco centímetros. (1)

El estómago es la parte del sistema digestivo que descompone los alimentos. Se trata de un órgano hueco con forma de J. Se encuentra en la parte central superior del abdomen, cerca del diafragma y del hígado, bazo, páncreas o colon.

El estómago se divide en diferentes partes:

- Cardias
- Cuerpo gástrico o fundus o curvatura mayor o curvatura menor o antro
- Píloro (2)

2 Objetivos

- Hacer un plan de cuidados de enfermería estandarizado centrado en las necesidades de los pacientes que son sometidos a este tipo de cirugía.

3 Metodología

Para realizar un plan de cuidados la metodología que usamos es el PAE (proceso de atención de enfermería). Se aplica el método científico en la práctica asistencial, que nos permite prestar los cuidados que demandan tanto el paciente, como la familia y la comunidad.

Las etapas del PAE son:

1. Valoración: recogida de datos sobre estado de salud del paciente.
2. Diagnósticos (NANDA): identificación de problemas reales y potenciales.
3. Planificación: priorizar, fijar objetivos- Criterios de resultados (NOC), determinar Intervenciones (NIC) y anotar o individualizar el plan de cuidados.
4. Ejecución: puesta en práctica del plan.
5. Evaluación: valorar respuestas del paciente, determinar si se han alcanzado los objetivos establecidos y continuar con la planificación o modificarla si es necesario. (3)

4 Resultados

Los diagnósticos enfermeros que se dan en esta situación son:

ANSIEDAD 00146

- Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza, causada por la anticipación del peligro
- Relacionado con la falta de información sobre experiencia quirúrgica
- Características definitorias: incertidumbre, confusión, preocupación, aumento de frecuencia cardíaca
- Resultados (NOC): 1402 control de la ansiedad: Acciones para eliminar o disminuir el sentimiento de aprensión por una fuente no identificable o Indicadores: Busca información, refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad, acepta la situación
- Intervenciones (NIC): o 5820: disminución de la ansiedad, minimizar la aprensión, temor relacionado con fuente de peligro no identificada o 5610: enseñanza pre-quirúrgica- enseñar a prepararse mentalmente para la cirugía y para el periodo de recuperación post operatorio

TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO 00085

- Definición: interrupciones durante un tiempo limitado de la calidad y cantidad del sueño, debida a factores externos
- Características definitorias: cambios en el patrón normal del sueño, quejas verbales de no haber descansado.
- Resultados (NOC): 004 sueño. Suspensión natural periódica de la conciencia durante el cual el organismo se restaura. o Indicadores: horas de sueño, calidad de sueño
- Intervenciones (NIC): o 1850: fomento del sueño- facilitar ciclos regulares de sueño o 6482: manejo ambiental- manipular el entorno para facilitar la comodidad óptima

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: higiene, uso de inodoro 00110

- Definición: deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades descritas
- Características definitorias: incapacidad para lavarse el cuerpo y movilizarse hasta el inodoro por temor, dolor...
- Resultados (NOC): 0300 cuidados personales. Capacidad para realizar las tareas básicas de los cuidados personales o Indicadores: higiene, uso de WC
- Intervenciones (NIC): o 1801: ayuda al baño/higiene o 1804: ayuda para la eliminación

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA 00085

- Definición: limitación del movimiento independiente o intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades
- Características definitorias: inmovilidad, resistencia al cambio de postura por temor o dolor
- Resultados (NOC): 0208 nivel de movilidad. Capacidad de moverse con resolución. o Indicadores: mantenimiento del equilibrio, mantenimiento de la postura corporal y deambulación
- Intervenciones (NIC): o 0221: terapia de ejercicios- deambulación: estimular y asistir en la deambulación o 5612: enseñanza de la actividad-ejercicio prescrita

RIESGO DE INFECCIÓN 00004

- Definición: aumento del riesgo de ser invadido por agentes patógenos
- Relacionado con catéter venoso, herida quirúrgica, drenaje, sonda vesical...
- Resultados (NOC): 1102 curación de la herida por 1ª intención. Control del riesgo: acciones para reducir o eliminar las amenazas modificables para la salud o Indicadores: aproximación cutánea, supuración purulenta, identifica factores de riesgo, reconoce cambios en estado de salud
- Intervenciones (NIC): o 3660: cuidados de las heridas o 3662 cuidados de las heridas: drenaje cerrado o 3440 cuidados del sitio de incisión o 6540 control de infecciones o 6550 protección contra infecciones-prevención y detección precoz de la infección

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA 00047

- Definición: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada
- Factores relacionados: Humedad, reposo en cama, obesidad.
- Resultados (NOC): o 1101 integridad tisular o 1102 curación de la herida por primera intención. o 1902 control de riesgo- acciones para reducir las amenazas o Indicadores:
 - ☒ 110101 temperatura corporal
 - ☒ 110113 piel intacta
 - ☒ 110213 aproximación de bordes de la herida
 - ☒ 110214 formación cicatriz
 - ☒ 190201 reconoce posibles riesgos para la salud
- Intervenciones (NIC) o 0740 cuidados del paciente encamado: fomento de la comodidad, seguridad, prevención complicaciones. o 3540 prevención de UPP:

prevención en pacientes de alto riesgo. o 3590 vigilancia de la piel. (4)

Después de ver los diferentes diagnósticos con sus resultados e intervenciones, nos vamos a centrar en el día del ingreso, las actividades, el día de la cirugía, los dispositivos, la prevención vascular, la nutrición...

El día del ingreso siempre hay miedo, ansiedad e incertidumbre. Se produce una desvinculación del medio habitual que provoca en el paciente una situación de vulnerabilidad. Este deberá adaptarse a un nuevo rol estableciendo nuevas relaciones interpersonales. El primer contacto con los profesionales sanitarios es clave, influyendo positivamente en la actitud del paciente y familia, aumentando así su grado de satisfacción. La interacción establecida en la acogida nos permite una oportunidad para desarrollar una relación de confianza entre paciente-profesional. Gracias a ella conseguiremos la integración del paciente en el entorno hospitalario.

Los objetivos específicos en la acogida son:

- Comunicación efectiva: el lenguaje debe ser sencillo y claro y además debemos comprobar la correcta comprensión del mensaje
- Valoración de enfermería: al ingreso, se debe valorar a la persona para identificar problemas de salud y elaborar plan de cuidados en las primera 24hrs.
- Proporcionar un entorno seguro

Consideraciones generales:

- Verificar el espacio de acogida, que esté limpio y ordenado.
- Confirmar los datos de filiación y la historia clínica
- Verificar la pulsera identificativa.
- Presentarse al paciente y a la familia cómo profesionales asignados para la asistencia de su proceso.
- Informarles sobre las actividades a desarrollar relacionadas con su estancia y funcionamiento de la unidad.
- Informar y orientar sobre su espacio físico: las luces, la cama, la mesilla, el uso de timbre de llamada, el baño...
- Ofrecer al paciente la posibilidad de aclarar cualquier tipo de duda.
- Preservar en todo momento la intimidad del paciente.
- Garantizar la confidencialidad.

Actividades:

- Valoración, recogida y registro de los datos. o Antecedentes personales o Comprobar alergias
- Medicación habitual
- Toma de constantes y entrevista

- Intolerancias alimentarias, solicitar dieta
- Informar sobre la preparación pre-quirúrgica: ducha, rasurado, ayunas, retirada objetos metálicos, colocación de medias...
- Informar al paciente sobre los tiempos de la cirugía y la localización del quirófano y URPA (unidad de reanimación postanestésica)
- Extracción de analítica de sangre y pruebas cruzadas si precisa.
- Información y educación sobre el uso del inspirón, el manejo del dolor (dar hoja explicativa) y la importancia de la movilización precoz.
- Cumplimentar el check-list del día previo

El día de la cirugía se debe de realizar la preparación:

- Confirmar ayunas
- Rasurado y ducha. El rasurado depende de la cirugía. En las esofagüectomías se rasura el tórax y el abdomen completos y el cuello y la axila derecha. En el resto de cirugías se rasura el abdomen.
- Cambio de ropa de cama
- Retirar objetos metálicos, prótesis...
- Colocar medias compresión.
- Administración de pre-medicación en caso de que se precise
- Verificar que la identidad del paciente corresponda con los datos de la pulsera
- Cumplimentar check-list el día de la cirugía
- Preparar inspirón y Thopaz si precisa
- Traslado del paciente a quirófano

Respecto a la prevención vascular, se utilizarán medias de compresión. Su función es prevenir complicaciones vasculares ayudando al retorno venoso. Las medias se colocarán antes de la cirugía y se mantendrán hasta que el paciente se movilice de forma autónoma y camine una distancia considerable. Además revisaremos su correcta posición periódicamente.

También administraremos heparina de bajo peso molecular. Habrá que administrar heparina según pauta, en caso de By-pass puntualizar que se administrarán 2 dosis diarias de 3000 ui (0.3ml).

Tras la cirugía las esofagüectomías pasaran las primeras 24 horas en la URPA, mientras que el resto de cirugías suben en el mismo día a la planta. A su llegada se debe realizar una valoración postoperatoria y su correspondiente registro:

- Datos de la Cirugía y desarrollo en URPA.
- Estado general: constantes vitales, escala del dolor, estado de consciencia, náuseas/vómitos

- Registro de heridas y de los dispositivos: O2, catéteres venosos, catéteres epidurales, diuresis sonda vesical, bote, drenajes...
- Valorar los apósitos y débitos de drenajes y dispositivos urinarios para asegurar un correcto balance hemodinámico.
- Dieta absoluta

También revisaremos las ordenes médicas: analgesia, fluidoterapia, medidas generales... Informaremos y educaremos sobre el uso de bombas PCA y el correcto manejo del dolor.

Se realizará una movilización precoz, en el caso del by-pass gástrico se levantará al subir a planta. Se le explicará la importancia de realizar ejercicios respiratorios con el inspirón, se le enseñará y explicará la frecuencia de realización y se comprobará la correcta realización.

A partir de la subida a planta los días de ingreso y cuidados dependerán del desarrollo del proceso de cada paciente.

Lo que deberemos valorar por turno es: el estado general, las constantes, los dispositivos, las heridas, la escala del dolor, el estado de las medias... Deberemos actualizar en base a la prescripción y a las medidas generales los cuidados de enfermería. Daremos continuidad a la educación sanitaria respecto al manejo del dolor, movilización precoz, ejercicios respiratorios, etc.

Debemos realizar un buen control y registro de los signos y síntomas para la detección de complicaciones. Los signos y síntomas de alarma serían: taquicardia, hipotensión, fiebre, cambios bruscos en el débito de los drenajes o de su aspecto, oliguria/anuria, disminución de niveles de oxígeno en sangre, sudoración fría... Cualquier cambio en el estado de salud del paciente debe ponernos en alerta.

Los dispositivos habituales de este tipo de pacientes son:

- Drenajes: o Abdominal o Cervical o Tubo torácico (Thopaz)
- Diuresis: o Bote o Sonda vesical
- SNG a aspiración intermitente
- Catéteres: o Venoso central o Venoso periférico o Epidural
- Oxigenoterapia

En lo relacionado con la dieta, el paciente está en dieta absoluta y comenzará iniciando tolerancia con líquidos. Después pasará a dieta triturada fraccionada anti-dumping. Los medicamentos se deben triturar y no se deben dar efervescentes. Tras cirugía esofagástrica se deben cambiar los hábitos alimenticios y por tanto las recomendaciones generales serán:

- Introducción progresiva de alimentos, aumentando consistencia y cantidad de los mismos.

- Fraccionada: Poca cantidad cinco o seis veces al día. Los líquidos deben ingerirse fuera de las comidas (30'- 60' antes o después)
- Antidumping: Baja en azúcares para evitar efecto dumping.
- Comer despacio y masticando bien.
- Evitar temperaturas extremas
- Durante las comidas estar sentado/incorporado y mantener la posición vertical al menos durante 20'.
- Evitar: consumo alcohol y tabaco, especias y picantes, bebidas gaseosas, café/té, alimentos grasos. (5)

5 Discusión-Conclusión

La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio. Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo con el establecimiento de procedimientos, protocolos y planes de cuidados. Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, prevención y tratamiento. Estos cambios revolucionarios han conseguido beneficios tanto para los pacientes que perciben el aumento de la calidad de los cuidados, como para los profesionales, ya que ven incrementado su nivel de motivación, competencia y responsabilidad.

6 Bibliografía

1. Seorl.net. [citado el 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/cabeza%20cuello%20y%20plastica/135%20-%20ANATOMÍA%20Y%20FISIOLOGÍA%20DEL%20ESÓFAGO.pdf>
2. Seom.org. [citado el 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://seom.org/129-Información%20al%20Público%20-%20Patolog%C3%ADas/Digestivo%20-%20Estómago>
3. Bvsalud.org. [citado el 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
4. Listado Diagnósticos Enfermeros NANDA 2021 - 2023 [Internet]. Diagnósticos Nanda. 2020 [citado el 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com>
5. Dieta y alimentación después de una esofagectomía [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/>

[spanish/ency/patientinstructions/000294.htm](#)

Capítulo 20

LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL PIE ZAMBO CON EL MÉTODO PONSETI

MERCEDES MARTÍNEZ VELA

LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE

BEATRIZ PLAZA CAMPOS

ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO

1 Introducción

El pie zambo es la malformación congénita del pie de mayor importancia y su tratamiento de elección es el Método Ponseti. Éste método se lleva a cabo con la participación del equipo interdisciplinar y se ha observado que la intervención del personal de enfermería tiene un gran peso para su correcto desarrollo.

El uso incorrecto de la ortesis de abducción durante la etapa de mantenimiento en el tratamiento del pie zambo con el Método Ponseti es de gran relevancia, puesto que su uso incorrecto se relaciona directamente con la aparición de recidivas.

El tratamiento del pie equinovaro ha sido realizado por cirujanos, traumatólogos y ortopedas a lo largo del tiempo. En la actualidad, los profesionales de enfermería están incrementando su importancia en dicha intervención como parte del equipo interdisciplinar. Su intervención se basa en el apoyo y la educación

de la familia en la intervención prenatal, así como en la evaluación clínica antes, durante y tras el tratamiento, la educación, referencia y seguimiento de los pacientes pediátricos con pie zambo, además de en la manipulación de los pies y la técnica de enyesado junto con el traumatólogo.

El profesional de enfermería, desde su rol como vector de información y pilar básico de apoyo para los padres del niño afectado, participa en una parte muy importante del mantenimiento de la corrección con el uso de la ortesis de abducción. Esta fase del tratamiento del Método Ponseti es fundamental para considerar la efectividad del mismo, por lo que se considera un indicador que demuestra la importancia de la intervención del profesional de enfermería en él.

La prioridad para el profesional de enfermería que interviene en este tratamiento debe ser una adecuada educación y relación de apoyo para los padres que se traducirá en una correcta evolución del pie del niño y la satisfacción de los padres respecto a dicha relación.

Se ha considerado de gran relevancia la intervención del profesional de enfermería por su influencia en el resultado de efectividad del Método Ponseti ante la malformación congénita del pie más importante. Por ello con este trabajo se pretende determinar la importancia, en base a la efectividad, de la intervención enfermera en el tratamiento del pie zambo siguiendo el Método Ponseti. Esto se ha realizado mediante el análisis de diferentes documentos descrito en una matriz de recogida de datos y cuyos resultados se reflejan en las conclusiones finales.

2 Objetivos

Objetivo general:

☒- Determinar la importancia, a través de la efectividad, de la intervención del profesional de enfermería en el tratamiento del pie zambo con el Método Ponseti dentro del equipo interdisciplinario.

Objetivos específicos:

☒- Valorar la efectividad de la intervención del profesional de enfermería en el tratamiento del pie zambo con el Método Ponseti, teniendo en cuenta que es una pieza básica dentro del equipo interdisciplinario.

☒- Conocer información sobre el desarrollo del tratamiento del pie zambo con el Método Ponseti respecto al rol del profesional de enfermería.

3 Metodología

La pregunta de estudio planteada fue:

¿Es importante la intervención del profesional de enfermería en el tratamiento del pie zambo con el Método Ponseti?

Para definir la estrategia de búsqueda, se analizó la pregunta de estudio siguiendo el esquema PICO:

- Población: recién nacidos con pie zambo congénito idiopático.
- Comparación: Ausente
- Intervención: cuidados de enfermería en el Método Ponseti
- Resultado u outcome: corrección de la malformación del pie

A continuación se describen las búsquedas que se llevaron a cabo para localizar los seis documentos que finalmente fueron seleccionados para su posterior análisis según la matriz de recogida de datos.

☒ - Initial Program Evaluation of the Ponseti Method in Nigeria. Localizado en la base de datos pubmed:

((“compliance”) AND “bracing”) AND “ponseti method” ☒ 11 resultados

☒ - Factors Predictive of Outcome after Use of the Ponseti Method for the Treatment of Idiopathic Clubfeet. Localizado en la base de datos pubmed: ((“recurrence”) AND “factors”) AND “clubfoot” ☒ 43 resultados (con el filtro de texto entero disponible)

☒ - Educación sanitaria a los padres de recién nacidos afectados de pies zambos. Localizado en google: educación & enfermería & método ponseti ☒ 9.210 resultados

☒ - Understanding the educational needs for parents of children with clubfoot. Localizado en la base de datos pubmed:

((“education”) AND “parents”) AND “clubfoot” ☒ 22 resultados

☒ - The participation of the Nurse in the Treatment of Congenital Clubfoot: The role of Nursing in the Active Participation of the Parents During the Treatment. Localizado a través del efecto “bola de nieve” 1 en la página www.ponseti.info

☒ - Clubfoot Management in Pediatric Primary Care. Localizado en google académico: educación & enfermería & método ponseti ☒ 2.170 resultados

☒ - Bracing in the treatment of children with clubfoot: past, present, and future. Localizado en la base de datos pubmed:

((“parents”) AND “bracing”) AND “clubfoot” ☒ 7

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron todos los documentos que disponían de texto completo extraíble.

Se incluyeron todos los documentos que estuvieran en inglés y español.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron todos los documentos que no disponían de texto completo extraíble.

Se excluyeron también los documentos que no se referían a la intervención de enfermería en cuanto al tratamiento del pie zambo con el Método Ponseti.

Se excluyeron los artículos que estuvieran en idiomas que no fueran inglés o español. Se excluyeron los artículos que fueran anteriores al año 2000.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Basándonos en la realización del trabajo teórico y que no conlleva el contacto directo con personas, no se incumple ninguno de los artículos ni normas adicionales del Código de Ética de Enfermería de Barcelona, ni del Código Deontológico de la Enfermería Española.

Respecto a los artículos seleccionados para el este trabajo, tras ser analizados no se ha encontrado ningún problema de carácter ético.

En cuanto a los principios éticos universales, el principio que más peso cobra ante el trabajo es el de beneficencia ya que la intervención colabora a la beneficencia del niño que presenta la malformación.

4 Resultados

El análisis crítico de los documentos seleccionados se ha realizado en base a los objetivos marcados. Para ello se utilizó una matriz que dispusiera la información más relevante de cada documento.

EFFECTIVIDAD E IMPORTANCIA

Este trabajo tiene como objetivo principal determinar la importancia, que se consigue a través de la valoración de la efectividad, uno de los objetivos específicos. El 85'7% de los documentos analizados demuestran una efectividad en el tratamiento y la corrección del pie zambo al tratarse con el Método Ponseti y la intervención de enfermería, por lo tanto se califica de importante a la misma. El 100% de los documentos determinan la importancia de la fase de corrección en el tratamiento, así como el cumplimiento con la misma por parte de los padres. Analizando los datos obtenidos de los distintos estudios consultados comprobamos como en la actualidad la intervención de enfermería respecto al tema en cuestión, el tratamiento del pie equinovaro con el Método Ponseti, presenta un componente que le dota su parte más autónoma respecto a la educación de los padres del paciente, para lo que se propone una mayor y correcta formación de dicho colectivo, puesto que por parte de los profesionales se consideran insufi-

cientes los programas de capacitación y a su vez relacionan el flujo inadecuado de la información con una insuficiencia de recursos.

Ante la información de incumplimiento con interrupción completa de la utilización de la ortesis se considera la importancia de la educación e información de los padres para el cumplimiento del tratamiento y el éxito del mismo. Asimismo consta la existencia de recidiva en niños cuyo incumplimiento había sido informado, tomándose como la variable más asociada a un mayor riesgo de recurrencia.

Las necesidades educativas de los padres de niños con pie zambo se ven traducidas en las flaquezas del cumplimiento del tratamiento y el seguimiento. La intervención de enfermería satisface tales necesidades, y los padres sugieren apoyo con material educativo, refuerzo con grupos de apoyo, llamadas durante el tratamiento que sirvan como estímulo, refuerzo y seguimiento para evitar el riesgo de recaída. Es necesaria la implicación de enfermería con los padres de los niños pie zambo como persona de referencia transmisora de conocimiento y que les transmite confianza y apoyo para continuar con el tratamiento para obtener resultados eficaces en el mismo.

Con la actividad de las Enfermeras del Hospital Universitario de la Universidad de São Paulo, donde la acción de enfermería en el tratamiento del pie zambo con el Método Ponseti adquiere gran importancia en el equipo multidisciplinario, encontramos las actividades de enfermería al respecto basadas en la guía, informe, soporte y seguridad, estimulación y corresponsabilidad (junto al médico y a los padres), que influyen directamente en la efectividad del tratamiento.

Las enfermeras del Hospital de Basurto han demostrado la efectividad de las pautas e instrucción aplicadas a las madres de niños tratados en su centro, involucrándolas en el tratamiento y cumpliendo con objetivos como evitar la aparición de complicaciones.

La efectividad demostrada respecto a la intervención de enfermería en el tratamiento del pie zambo con el Método Ponseti queda reflejada en el caso estudio analizado por Graham y John.

El resultado no efectivo ante la intervención de enfermería encontrado en Nigeria, no implica dicha intervención, sino que no hay eficacia por la no intervención de la misma, ya que conlleva experiencia y entrenamiento. Quedan a la espera los resultados con una mayor implicación y delegación de responsabilidades al profesional enfermero.

A pesar de la efectividad encontrada, es un dato que no nos puede ayudar a deducir el grado de efectividad en nuestro medio ya que únicamente se encontró un documento que analiza datos en España. Esto deja las puertas abiertas a futuras

investigaciones en el ámbito nacional.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

La principal fortaleza del trabajo es que se ha respondido la pregunta de investigación planteada, siendo una respuesta afirmativa, sustentándose en la evidencia. La facilidad para poner en marcha los resultados obtenidos es otra fortaleza observada, ya que se ha visto el beneficio y la efectividad de los mismos.

En cuanto a limitaciones, la principal limitación ha sido la disposición de información que tratase el tema directamente, y sobre todo la información dentro de nuestro país.

5 Discusión-Conclusión

APORTACIONES MÁS RELEVANTES DE LA REVISIÓN

Tras esta revisión bibliográfica se concluye que la intervención de enfermería en el tratamiento del pie zambo con el Método Ponseti dentro del equipo interdisciplinario ha demostrado su importancia, en la valoración de su efectividad, lo que se traduce en unos resultados beneficiosos y una disminución de recaídas ante la malformación.

INFORMACIÓN SOBRE LAS LÍNEAS A SEGUIR

Como se ha comentado anteriormente, se ha encontrado escasez en cuanto a la información que se buscaba, ya que la investigación en cuanto a la intervención de enfermería es bastante pobre. Por ello, se considera de interés la investigación al respecto, dentro de los límites de nuestro país, donde se ha encontrado la carencia.

6 Bibliografía

- ☒ Desai L, Oprescu F, DiMeo A, Morcuende J. Bracing in the treatment of children with clubfoot: past, present, and future. Iowa Orthop J. 2010; 30:15-23
- ☒ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica [monografia en línea]. Direcció General de Salut Pública, Desembre 2008 [Junio.07.2012]. Disponible en http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/17_salut_de_la_mare_i_de_linfant/documents/edpediatr.pdf

- ☒ Staheli, L. y cols. (2004). *Pie Zambo: El Método de Ponseti*. 3a ed. Global HELP Organización. 2009. No editado.
- ☒ Higashi MK, Nascimento CMM, Lopez MAL, Ferreira LF, Coan TCM. The Participation of the Nurse in the Treatment of Congenital Clubfoot: The Role of Nursing in the Active Participation of the Parents During the Treatment. In: 2012 International Symposium Clubfoot.
- ☒ Miedzybrodzka Z. Congenital talipes equinovarus (clubfoot): a disorder of the foot but not the hand. *J Anat* 2003 January; 202(1): 37-42.
- ☒ Cummings RJ, Davidson RS, Armstrong PF, Lehman WB. Congenital Clubfoot. *Instr Course Lect*. 2002; 51:385-400.
- ☒ Akintayo OA, Adegbehingbe O, Cook T, Morcuende JA. Initial program evaluation of the Ponseti method in Nigeria. *Iowa Orthop J*. 2012; 32: 141-9
- ☒ Pirani S, Naddumba E, Mathias R, Konde-Lule J, Penny JN, Beyeza T et al. Towards effective Ponseti clubfoot care: the Uganda Sustainable Clubfoot Care Project. *Clin Orthop Relat Res*. 2009 May;467(5):1154-63.
- ☒ Matuszewski L, Gil L, Karski J. Early results of treatment for congenital clubfoot using the Ponseti method. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2012 July; 22(5): 403-406.
- ☒ Dobbs, B., M. y Gurnett., A., Ch. (2009). Update on Clubfoot: Etiology and Treatment. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 467: 1146-1153.
- ☒ Bor N, Coplan JA, Herzenberg JE. Ponseti treatment for idiopathic clubfoot: minimum 5-year followup. *Clin Orthop Relat Res*. 2009;467(5):1263-1270.
- ☒ Paulsen-Miller M, Dolan LA, Stineman A, Morcuende JA. Understanding the educational needs for parents of children with clubfoot. *Orthop Nurs*. 2011 Jul-Aug;30(4):273-278.

Capítulo 21

TRASTORNO POR ATRACÓN. LA NUEVA PANDEMIA DEL S.XXI. EL PAPEL DE ENFERMERÍA

LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ

ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS

1 Introducción

El manual para estadística de diagnósticos en psiquiatría de la asociación americana de psiquiatría (D.S.M.-V), registra diferentes tipos de trastornos mentales en relación con la comida. Todos ellos tienen en común una gran preocupación por el peso, los alimentos y la alteración en la figura corporal. En el año 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clarificó que los Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA), se encontraban entre los principales trastornos para la población infantil y juvenil.

En estos momentos, inmersos en la pandemia mundial de la Covid-19, la prevalencia de los casos se ha disparado llegando incluso a casi medio millón de personas diagnosticadas con TCA en España.

Existen dos categorías dentro de los TCA, los pertenecientes al espectro restrictivo y los del espectro compulsivo donde, específicamente, se encuentra el trastorno por atracón (TPA).

“El trastorno por atracón es un trastorno alimentario que se caracteriza por la ingesta repetida de cantidades inusuales de comida (atración) acompañada de una sensación de pérdida de control durante el atracón y después de este. El

atracón no va seguido de ningún intento de compensar el exceso de comida ingerida, como por ejemplo eliminando del organismo el exceso de comida ingerida (purga)” (1).

Las personas con sobrepeso u obesidad tienen mayor predisposición a presentar el trastorno por atracón. Éste se caracteriza por ingerir una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo. Las personas refieren sentirse culpables al momento de tener el atracón y otro punto característico de este trastorno de la conducta alimentaria es que las personas que lo padecen no emplean métodos de purga.

El tratamiento va encaminado a ayudar a personas que sufren la enfermedad a controlar esa ingesta compulsiva, que son los atracones. En psicología, se utiliza la terapia cognitivo-conductual. Los fármacos utilizados son de tipo antidepresivo, como los inhibidores de la recaptación de serotonina y medicamentos estimulantes.

Por término medio, un 3,5% de las mujeres y un 2% de los hombres padecen un trastorno por atracón. Este trastorno es más frecuente en las personas con mayor peso corporal. En algunos programas de reducción de peso, el 30% o más de las personas obesas sufren este trastorno.

2 Objetivos

- Descubrir factores de riesgo que desencadenen en un trastorno de la conducta alimentaria como es el trastorno por atracón.
- Clarificar la sintomatología del trastorno por atracón.
- Puntualizar los tratamientos que hoy en día han sido considerados como los más eficaces y completos cara al abordaje del trastorno por atracón.

3 Metodología

La presente búsqueda bibliográfica se ha realizado durante los meses de mayo y junio del año 2022. Dicha búsqueda se ha realizado en diferentes bases de datos tanto nacionales como internacionales: Medline (Web of Science), PubMed, Google académico, entre otros.

Palabras clave- Keywords: Trastornos de la conducta alimentaria; Trastorno por atracón; Atracón; Sobreingestión compulsiva. “Eating disorder”.

4 Resultados

El trastorno por atracón (TPA) es recogido formalmente en el DSM-5

El trastorno por atracón es reconocido formalmente en el DSM-5 (APA, 2014) como trastorno de la conducta alimentaria y de ingestión de alimentos, siendo considerado el más frecuente en población obesa, e incrementando su presencia rápidamente frente al resto en población general. Su crecimiento de forma alarmante y por delante de la bulimia y la anorexia nerviosa, llevan a considerarlo un problema de salud de gran prevalencia a comienzos del siglo XXI.

El trastorno por atracón supone uno de los nuevos trastornos del DSM-5, ya que aparece por primera vez con entidad propia en esta nueva edición del DSM (APA, 2013) (en la edición en español se ha traducido como trastorno de atracones). Se clasifica en el capítulo de Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Comparte este capítulo con la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, la anorexia y la bulimia nerviosas.

La mayoría de las personas con trastorno por atracón sufren sobrepeso o son obesas, y este trastorno contribuye a su consumo excesivo de calorías. En contraposición, la mayoría de las personas con bulimia nerviosa tienen un peso corporal normal y las personas con anorexia nerviosa están delgadas. El trastorno por atracón suele aparecer en personas de más edad que las que presentan anorexia o bulimia nerviosa, y casi la mitad son hombres.

Aunque la complicación del cuadro es importante, su abordaje terapéutico es optimista. Hoy en día, en España, se dispone de excelentes tratamientos para este trastorno, como el tratamiento cognitivo conductual (TCC), que parece ofrecer resultados muy positivos.

Durante un atracón, las personas que presentan la patología refieren ingerir una cantidad de comida mucho mayor que lo que podrían ingerir la mayoría de las personas en el mismo tiempo y circunstancias similares. Esto último tiene gran importancia porque podemos hablar de cantidad excesiva si estamos ante una festividad. Todos los pacientes diagnosticados de TPA describen una sensación de pérdida de control.

Normalmente, estos pacientes comen mucho más rápido de lo normal y hasta tener un sentimiento de plenitud desagradable, ingieren grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre, por lo general lo hacen en solitario por sentimientos devastadores de vergüenza, ya que se sienten culpables después del atracón. Ese malestar es típico en pacientes que presentan este trastorno, especialmente si están intentando perder peso. Es habitual, que estos pacientes sean

más propensos a sufrir depresión o ansiedad en comparación a aquellas personas que no lo tienen, están realmente preocupados por la forma de su cuerpo, su peso o ambos que aquellas personas que a pesar de estar obesas no sufren dicho trastorno.

Los factores ambientales ejercen una gran influencia en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Dentro de los factores detectados como influyentes en la sintomatología de atracones, principalmente se encuentra la edad y la insatisfacción con el cuerpo. Otros factores predisponentes son el seguimiento de una dieta restrictiva y el hambre que deriva de ella, la sobreingesta y pérdida de control tanto en jóvenes como adultos. Además de todo esto, la exposición a medios, RRSS... donde el exceso de peso u obesidad es objeto de desprecio y burla, afectando negativamente a la regulación emocional de quienes lo padecen.

Se realiza el diagnóstico por TPA cuando la persona refiere haber sufrido un atracón al menos una vez a la semana durante tres meses o más, los atracones se acompañan de una sensación de no poder controlar el acto de comer en sí presentando, el paciente, los síntomas, signos y comportamientos característicos de este trastorno.

Dentro del tratamiento encaminado a la erradicación del trastorno está la terapia cognitivo- conductual, que parece favorecer el control de los atracones a largo plazo, pero poco efecto tiene sobre el peso corporal. Los fármacos estimulantes, como los utilizados en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (TDAH) y una variedad de antidepresivos, como puede ser el caso de la fluoxetina, también pueden ayudar a controlar los atracones y como resultado de esto ejercer un poder anorexígeno, contribuyendo a la pérdida de peso.

Los grupos de autoayuda que siguen los principios de la organización Alcohólicos anónimos (como las asociaciones estadounidenses Comedores compulsivos o Adictos a la comida anónimos) están muy extendidos, pero su efectividad aún no ha sido demostrada.

Se puede llevar a cabo cirugía para el tratamiento de la obesidad grave, aunque todavía se desconocen sus efectos sobre el control de los atracones.

5 Discusión-Conclusión

En mayo de 2013, la Asociación Americana de Psiquiatría reconoce específicamente el TPA como el tercer trastorno relacionado con la conducta alimentaria, junto a la anorexia y bulimia nerviosa. Desde la década de los 50 ya era conocida la existencia de dicho trastorno, pero hasta los 90 no se empezaron a perfilar sus

singularidades y empezó a hablarse de ello como “síndrome de sobreingesta” o “trastorno por ingesta compulsiva”.

El TPA se caracteriza por una alteración en el comportamiento de la conducta alimentaria, en el que el individuo que lo padece presenta episodios recurrentes de alimentación compulsiva. En dichos episodios relata hacer ingestas alimentarias de gran cantidad y con una rapidez excesiva. Esto se vive con una gran pérdida de control, alcanzando en algunos casos las 20.000 kcal.

El TPA es un nuevo trastorno de comportamiento alimentario reconocido como tal por las clasificaciones internacionales, como el DSM-5, sobre dicho trastorno existen datos de diversas investigaciones que nos aportan información sobre su perfil psicopatológico, pero todavía muy limitados y excesivamente relacionadas con el componente compulsivo de la BN. Con la concreción de sus criterios diagnósticos es previsible un mayor conocimiento del mismo, así como una mejora del diagnóstico diferencial.

El trastorno tiene ciertas similitudes con la bulimia nerviosa (BN), dado que comparten la alimentación de forma compulsiva, pero en el trastorno por atracón no se dan los conductos compensatorios que ocurren en la bulimia, lo cual es un criterio de diagnóstico diferencial para el trastorno.

El TPA favorece el incremento de peso, luego está muy relacionado con la obesidad y sobrepeso. Las personas con obesidad que, además presentan un trastorno de este tipo tienen peor pronóstico.

Es recomendable que los profesionales de la salud de atención primaria, ante pacientes con sobrepeso u obesidad, amplíen su exploración hasta indagar la posible existencia de un trastorno por atracón. En este caso el enfoque terapéutico será diferente ya que debería ser tratado como un trastorno mental y ante un diagnóstico precoz la evolución también será más favorable.

6 Bibliografía

1. Attia E, Timothy Walsh B. Trastorno por atracón [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 11 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/trastorno-por-atrac%C3%B3n>
2. Abdo N, Boyd E, Baboumian S, Pantazatos SP, Geliebter A. Relationship between binge eating and associated eating behaviors with subcortical brain volumes and cortical thickness. J Affect Disord [Internet]. 2020;274:1201-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719307025>

3. Carretero García A, Sánchez Planell L, Rusiñol Estragués J, Raich Escursell RMa., Sánchez Carracedo D. Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. Clin Salud [Internet]. 2009 [citado 11 de junio de 2022];20(2):145-57. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200004
4. Ángel LA, Martínez LM, Gómez MT. PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (T.C.A) EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2008 [citado 11 de junio de 2022];56(3):193-210. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112008000300002
5. Morales A, Gómes A, Jiménez B, Jiménez F, León G, Majano A, et al. Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2015;44(3):177-82. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2016-24903-008.pdf>
6. [citado 11 de junio de 2022]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/equipo/Downloads/Dialnet-ElTrastornoPorAtraconEnElDSM5-4803021.pdf>
7. Baile JI. Binge eating disorder: officially recognized as the new eating disorder. Rev Med Chil [Internet]. 2014 [citado 11 de junio de 2022];142(1):128-9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000100022
8. Lin JA, Hartman-Munick SM, Kells MR, Milliren CE, Slater WA, Woods ER, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the number of adolescents/young adults seeking eating disorder-related care. J Adolesc Health [Internet]. 2021 [citado 11 de junio de 2022];69(4):660-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34266715/>

Capítulo 22

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON EPOC

LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE

BEATRIZ PLAZA CAMPOS

MERCEDES MARTÍNEZ VELA

ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología pulmonar, que se caracteriza por la limitación del flujo de aire en los pulmones. Es una enfermedad que representa las mayores tasas de mortalidad y morbilidad a lo largo del mundo. En España representa la tercera causa de muerte y es prevenible ya que en la mayoría de los casos se debe al tabaco. Es una patología muy compleja con síntomas respiratorios persistentes y la limitación del flujo aéreo ya que los pulmones y alveolos están muy dañados como consecuencia a la gran exposición a los gases nocivos ya sea por el tabaco u otras sustancias.

Esta patología progresa de forma lenta, en torno a las 40 o 50 años y los primeros síntomas son disnea, tos y expectoración. El problema principal a su vez es la predisposición que tienen para contraer infecciones respiratorias como consecuencia del acumulo de mucosidad y la ausencia de expectoración, esto provoca un caldo de cultivo donde crecen los microorganismos.

La disnea es el síntoma principal de la enfermedad, al principio es leve con

grandes esfuerzos pero con el paso de los años se va agravando y acaba limitando mucho las actividades básicas de la vida del paciente.

La EPOC arrastra muchas comorbilidades como pueden ser la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, depresión y cáncer de pulmón.

Todo esto provoca la necesidad de desarrollar tratamientos tanto al principio de la enfermedad como puede ser la rehabilitación o incluso en el mejor de los casos prevenir que aparezca evitando el consumo de tabaco y la exposición a gases nocivos

2 Objetivos

Ofrecer un plan de cuidados estandarizado siguiendo la metodología NANDA-NOC-NIC para un paciente con EPOC y entender mejor la enfermedad.

3 Caso clínico

Paciente de 58 años que acude a urgencias por presentar dificultad respiratoria desde hace una semana que se ha agravado en los últimos 2 días, que se hace presente en reposo pero que se acentúa notablemente con los esfuerzos de tipo medio como subir escaleras, cuestras, etc.

En la valoración presenta disnea intensa, taquicardia, taquipnea, hiperventilación, cianosis en las zonas distales como dedos, lóbulos de las orejas, desorientación, habla farfullante, temperatura de 38.9 °C.

En las pruebas realizadas destacan leucocitosis, SatO₂ 64%, hipercapnia de 82%, así como Rx con condensación bipulmonar en lóbulos superiores e inferiores. Se procede a tramitar en ingreso en intensivos por intento fallido de solucionar el problema mediante el uso de BIPAP.

Diagnóstico enfermero:

00030 Deterioro del intercambio gaseoso

Alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a través de la membrana alveolar-capilar.

Factores relacionados: Desequilibrio ventilación/perfusión

Objetivos(NOC)

0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso: intercambio alveolar de CO₂ y O₂ para mantener las concentraciones de gases arteriales.

Escala: Comprometido: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometido

040201 Estado mental

040202 Facilidad de la respiración

040203 Ausencia de disnea en reposo

040204 Ausencia de disnea de esfuerzo

040205 Ausencia de inquietud

040206 Ausencia de cianosis

040207 Ausencia de somnolencia

040208 PaO₂

040209 PaCO₂

040210 pH arterial

040211 Saturación de O₂

040212 Volumen corriente CO₂

040213 Hallazgos en la radiografía de tórax

040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión

040215 Otros

0403 Estado respiratorio: ventilación; movimiento de entrada y salida de aire en los pulmones.

Escala: Comprometida: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida

040301 Frecuencia respiratoria en el rango esperado

040302 Ritmo respiratoria

040303 Profundidad de la respiración

040304 Expansión torácica simétrica

040305 Facilidad de la respiración

040306 Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias

040307 Vocaliza de forma adecuada

040308 Expulsión de aire

040309 Ausencia de utilización de los músculos accesorios

040310 Ausencia de ruidos respiratorios patológicos

040311 Ausencia de retracción torácica

Intervenciones (NIC)

3230 Fisioterapia respiratoria: Ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea alta y facilitar la expectoración y/o aspiración de la vía aérea baja.

Actividades:

- Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.
- Determinar el segmento pulmonar que necesita ser drenado.
- Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse, en la posición más alta.
- Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en la posición determinada.
- Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos.
- Practicar vibración torácica junto con drenaje postural, si resulta oportuno.
- Utilizar nebulizador ultrasónico, si procede.
- Practicar aerosolterapia, si procede.
- Administrar broncodilatadores, si está indicado.
- Administrar agentes mucolíticos, si procede.
- Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos.
- Estimular la tos durante y después del drenaje postural.
- Observar la tolerancia del paciente por medio de la SaO₂, ritmo y frecuencia respiratorios, ritmo y frecuencia cardíacos y niveles de comodidad.

3350 Monitorización respiratoria: Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado

Actividades:

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Anotar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos.
- Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, Bior y esquemas atáxicos.
- Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.
- Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral.
- Anotar la ubicación de la tráquea.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).
- Auscultar los sonidos respiratorios anotando las áreas de disminución / ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.

- Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitaciones o roncus en vías aéreas principales.
- Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos, y anotar los resultados.

4 Discusión-Conclusión

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una patología muy extendida en el mundo y que provoca mucho gasto sanitario y morbilidad en los pacientes que la padecen, siendo muy jóvenes pueden acabar en una UCI como en este caso clínico y incluso perder la vida.

Por ello he realizado este plan de cuidados de enfermería para que sepamos en nuestro trabajo las necesidades de estos pacientes y poder actuar de la mejor manera en dicha enfermedad. Para ello existen los planes de cuidados estandarizados de la NANDA-NOC-NIC que podemos utilizar de forma individual en cada paciente adecuándolo según las necesidades en cada momento.

5 Bibliografía

- Ana Vázquez Rosa, A. T. (2020). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y comorbilidad. Journal , 1195-1220.
- Ledmar J Vargas-Rodríguez, F. E.-R.-O. (2019). Eficacia de la budesonida/formoterol comparado con la fluticasona/salmeterol en la mejoría de la capacidad pulmonar de personas mayores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: revisión sistemática de literatura. Revista de investigación en salud , 53-70.
- Sivori Martin, C. I. (2018). Recomendaciones en rehabilitación respiratoria 2018. Revista americana de medicina respiratoria , 211-232.
- WALTER SEPÚLVEDA-LOYOLA, M., & PROBST, P. S. (2019). Mecanismos fisiopatológicos de la sarcopenia en la EPOC. Rev chil enferm respiratorio , 124-131.
- Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: Interamericana McGrawHill. 2.
- Nanda. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Madrid, Elsevier.

Capítulo 23

ACTOS DE ENFERMERÍA ANTE LOS DOLORES AGUDOS POST-OPERATORIO

LYDIA RUBIO LÓPEZ

ALEJANDRO BORGE MARTINEZ

ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ

SERGIO ESTEBAN ESTEBAN

SANDRA FERRERO SERRANO

1 Introducción

El dolor agudo postoperatorio o postquirúrgico (DAP) es una de las consecuencias más comunes que experimentan los pacientes tras someterse a una intervención quirúrgica y que más repercusión tiene en su proceso de recuperación.

El DAP tiene un origen multifactorial y dependerá del tipo de cirugía realizada, de las características psicofisiológicas y culturales de cada persona, así como, de las actuaciones preventivas que se realicen, entre otros aspectos.

La identificación, tratamiento y evaluación del DAP es una actividad compleja que precisa de diferentes líneas estratégicas para su manejo efectivo.

Aunque todo el personal sanitario está involucrado en la correcta recuperación del paciente, enfermería cobra un papel esencial en el manejo del DAP, ya que es la encargada de recibir al paciente tanto en la unidad de recuperación post

anestésica como en la planta de hospitalización quirúrgica de destino, y será la encargada de la administración de los fármacos prescritos para el manejo del dolor, así como de la identificación y evaluación del DAP.

En esta revisión bibliográfica se pretende ampliar los conocimientos sobre el manejo del dolor postoperatorio basados en la evidencia científica actual para así conseguir una mayor satisfacción del paciente durante su estancia hospitalaria y aumentar así la calidad de la atención sanitaria.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir las funciones de Enfermería en el manejo del DAP.

Objetivos secundarios:

- Exponer las escalas para valoración del DAP.
- Informar sobre el tratamiento para el DAP.

3 Metodología

Para diseñar este capítulo se ha realizado una búsqueda y posterior revisión bibliográfica en bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud, específicamente: Google Scholar, Ciuden y Pubmed. Las palabras clave utilizadas en dicha búsqueda han sido: “dolor postoperatorio”, “manejo del dolor” y “cuidados de enfermería postquirúrgicos”. Se han consultado artículos en español e inglés sin añadir límite de tiempo.

4 Resultados

El dolor se podría definir según la IASP como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, o descrita como la ocasionada por dicha lesión o cuya presencia es revelada por manifestaciones visibles y/o audibles de conducta”.

El dolor postoperatorio (DAP), que es en el que se centra este estudio se podría clasificar como:

- Agudo: De corta duración (menor a 6 meses), temporal, de aparición repentina, fácilmente localizable y reversible.
- Somático: Pudiendo dividirse en superficial, profundo, visceral y referido.

El DAP está ocasionado como causa principal por el acto quirúrgico y la estimulación nociceptiva que éste desencadena en nuestro organismo. Su evolución depende de múltiples factores, tanto fisiológicos como subjetivos, que pueden variar mucho de un paciente a otro. Por ello, el reconocimiento y la medición del dolor son aspectos complicados y a la vez esenciales para el correcto tratamiento del

DAP. El establecimiento de escalas resulta primordial para su valoración inicial y posteriores reevaluaciones.

Actualmente existen diversas escalas con las que podemos valorar el DAP, siendo las más usadas y conocidas:

- Escala Visual Analógica o EVA (Figura 1).
- Escala numérica del dolor (Figura 2).

Se debe realizar una valoración inicial del DAP en el momento de su aparición, siendo éste el punto de partida para elaborar un tratamiento eficaz y personalizado.

El tratamiento ineficaz del DAP provoca un enlentecimiento en la recuperación del paciente tras una operación quirúrgica, y puede tener consecuencias a nivel fisiológico, psicológico, social y económico.

El tratamiento farmacológico del DAP se basa en la administración de fármacos analgésicos, que se usarán en función de la valoración inicial del dolor y teniendo en cuenta 3 aspectos principales:

- Tiempo desde la intervención quirúrgica.
- Tipo de intervención.
- Características de la incisión quirúrgica.

Para la administración de fármacos destinados al control del DAP podemos distinguir entre 3 escalones terapéuticos:

- Escalón 1: DAP leve/moderado (EVA 1-4). Analgésicos no opioides (AINES, Paracetamol).
- Escalón 2: DAP moderado/intenso (EVA 5-6). Analgésicos opioides débiles (Codeína, Tramadol).
- Escalón 3: DAP intenso/muy intenso (EVA 7-10). Analgésicos opioides mayores (Morfina, Fentanilo).

También se llevará a cabo un tratamiento no farmacológico en el que se realizará una escucha activa del paciente para que así exprese sus sentimientos en un clima de confianza, siempre mostrando empatía e interés en querer solucionar su dolor.

El objetivo de todos estos tratamientos es la desaparición del DAP, por lo que se debe reevaluar de forma frecuente el dolor (siguiendo las escalas validadas) para conocer los efectos del tratamiento y la necesidad del mantenimiento, aumento o modificación de éste

5 Discusión-Conclusión

En la presente revisión bibliográfica se estudian diferentes documentos sobre la valoración, tratamiento y evaluación del dolor; y sobretodo, se evidencia la importancia de un correcto manejo del DAP en el proceso de recuperación tras una intervención quirúrgica. Además supone una disminución de la morbilidad, así como de estancia y los costos hospitalarios.

El correcto abordaje del DAP deriva en una mejor experiencia para el paciente, aumentando así su satisfacción con la atención sanitaria recibida durante el proceso.

Por ello, es importante brindar información actual y renovada al personal de enfermería. Es necesario que todo el personal conozca y aplique de forma correcta las escalas de medición del dolor, para que se haga una valoración estandarizada y los tratamientos sean personalizados al paciente y al momento actual.

También es un aspecto de gran importancia el conocimiento y manejo de la medicación, sobre todo en cuanto a diluciones, modos de administración, efectos secundarios y signos de alarma. La formación continuada es vital para el conocimiento y aplicación de sistemas alternativos de administración analgésica (como pueden ser PCAs, perfusiones continuas). También es recomendable conocer y aplicar terapias alternativas que favorezcan el manejo del DAP.

Así mismo, es necesario la evaluación de nuestras actividades para el manejo del DAP. Así se podrá conocer la calidad y efectividad de nuestra asistencia, también identificar y corregir errores. Es cierto que el DAP no siempre se valora ni se trata correctamente siendo el motivo una mala evaluación del dolor, imposibilidad de aplicación de las terapias indicadas y, como causa principal, la falta de recursos y formación entre los profesionales.

Por tanto, el personal de enfermería como el resto de personal destinado al manejo de pacientes que se han sometido a una intervención quirúrgica reciente debe conocer y aplicar todas las medidas que se recogen en este estudio para poder realizar un correcto manejo del DAP, consiguiendo así la mejora de la calidad asistencial brindada en el proceso de recuperación de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.

6 Bibliografía

1. Sanzol Berruezo M^a R, Cabrera Coma A, Dalmau Llitejos A, Sabaté Pes A. Editores. Protocolo de analgesia postoperatoria en CMA. Hospital Universitario de Bellvitge: Ergon; 2007.
2. Magabure Bujedo B, Tranque Bizueta I. González Santos S, Adrián Garde R. estrategias para el abordaje multimodal del dolor y de la recuperación postoperatoria. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2007; 54(1):29-40.
3. Aliaga L, Baños J, de Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A, coordinadores. Dolor postoperatorio. Barcelona: Sanofi Winthrop; 1996.
4. Pesut D, Herman J. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Delmar: Albany; 1999.

Capítulo 24

ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS AL PACIENTE CON NUTRICIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA

LYDIA RUBIO LÓPEZ

ALEJANDRO BORGE MARTINEZ

ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ

SERGIO ESTEBAN ESTEBAN

SANDRA FERRERO SERRANO

1 Introducción

Existen numerosas patologías, condiciones y situaciones en las cuales los pacientes no pueden nutrirse e incluso en ocasiones hidratarse por vía oral. Cuando esto sucede existen múltiples tipos de nutrición para satisfacer las necesidades de los pacientes, en este estudio, estudiaremos las dos principales, que son la nutrición parenteral (vía intravenosa) y la nutrición enteral. La nutrición enteral se puede administrar por medio de una sonda nasogástrica o mediante un PEG (gastrostomía) colocada mediante endoscopia percutánea.

También cabe mencionar que a su vez existe otro tipo de sondas nasogástricas más gruesas que las de nutrición, las cuales se usan para descomprimir y vaciar el estómago en episodios de obstrucción intestinal, íleo o atonía.

El motivo por el que vamos a tratar la nutrición por sonda nasogástrica es su mayor incidencia de riesgos y complicaciones en comparación con la administración de nutrición por diferentes métodos, algunos de ellos mencionados anteriormente.

En este artículo nos centraremos en la sonda nasogástrica, su manejo y las complicaciones derivadas de su uso. Desarrollaremos la forma correcta de administración de medicación y nutrición y profundizaremos en las complicaciones para así poder comprender por qué suceden y de esta forma poder elaborar estrategias para intentar prevenirlas y reducir los riesgos de su uso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir los conocimientos basados en la evidencia sobre la correcta administración de medicación y de nutrición enteral vía sonda nasogástrica de forma segura.

Objetivos secundarios:

- Explicar los potenciales riesgos y complicaciones existentes al administrar medicación y nutrición enteral vía sonda nasogástrica.
- Conocer estrategias para prevenir y reducir al máximo los riesgos y complicaciones al administrar medicación y nutrición vía sonda nasogástrica.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha realizado un estudio de revisión bibliográfica de artículos clínicos, estudios científicos y libros en las bases de datos: Pubmed y Medline. La búsqueda sistemática se ha realizado en los idiomas: castellano e inglés y se ha aplicado un filtro para encontrar artículos publicados durante los últimos 10 años.

4 Resultados

Debemos tener en cuenta una serie de situaciones donde esta contraindicada la inserción de la sonda nasogástrica. Estas son: traumatismo maxilofacial, obstrucción nasofaríngea o esofágica y por último anomalías esofágicas. En esos casos se descartaría el uso de sonda nasogástrica siendo el PEG la opción preferente.

Como se ha mencionado anteriormente estas sondas además de para administrar nutrición enteral, también se usan para administrar medicación oral.

A continuación vamos a desarrollar la forma de administrar correctamente ambas, además de los riesgos y complicaciones existentes.

Administración de medicación:

Se ha de tener en cuenta el tipo de medicación que se va a usar y la clase de pastillas o cápsulas que se van a administrar a través de la sonda. Tenemos que tener en cuenta las características del medicamento y asegurarnos de que no está contraindicado administrarlo vía enteral, ya que existen ciertos tipos de medicamentos que no se disuelven correctamente en agua y pueden causar el bloqueo de la sonda nasogástrica por obstrucción.

Por otra parte, cuando administremos dos o más medicamentos a la vez tenemos que asegurarnos de que no existen ninguna contraindicación ni riesgo de interacción entre los medicamentos que administremos a la vez. En caso de no estar seguros acerca de las posible interacción tendremos contactar con farmacia y seguir sus indicaciones para evitar posibles reacciones adversas.

Administración de nutrición enteral:

Cuando activamos la nutrición enteral por sonda nasogástrica el mayor riesgo existente es el de introducir dicha nutrición en las vías respiratorias.

Para comprobar que la sonda está en el estómago la forma más eficaz de hacerlo es la comprobación del pH. Para ello aspiraremos entre 2-3 ml con la jeringa y usaremos una tira colorimétrica para comprobar el pH, el cual será menor a 5,5 si la sonda esta en el estómago. Si el pH fuera superior no se procederá a comenzar la administración de nutrición hasta que no se haya confirmado que la sonda esta en el estómago.

En este caso se deberá contactar con el doctor a cargo del paciente para que solicite alguna prueba diagnostica (como puede ser una placa de abdomen) que confirme la posición de la sonda en el estómago.

Una vez hayamos confirmado que la sonda está en el estómago procederemos a iniciar la nutrición tras haber limpiado el interior del tubo mediante la inyección con jeringa de entre 30 y 50 ml.

Durante la administración de la nutrición se monitorizará al paciente, especialmente si es la primera vez que se administra un determinado tipo de nutrición, ya que numeroso paciente no toleran correctamente algunos tipos de nutrición enteral desarrollando molestias intestinales tales como dolor y distensión de abdomen, vómitos, náuseas y/o diarrea. En caso de que esto ocurriera, se interrumpirá la administración y se contactará con el servicio médico a cargo del paciente para valorar un posible cambio en el tipo de nutrición enteral.

Tras terminar la administración de nutrición volveremos a limpiar el tubo con 30-50 ml de agua con una jeringa otra vez.

Las complicaciones causadas por el uso de las sondas nasogástricas se pueden distinguir en varios grupos:

- Respiratorias: son las más frecuentes y se producen por introducción de la sonda en las vías respiratorias a través de la tráquea. Los problemas causados más comunes son la broncoaspiración de alimentación enteral y el hemotórax por traumatismo que a veces es seguido de un derrame pleural.
- Lesiones en esófago y faringe: este tipo de lesiones ocurre menos frecuente y casi siempre por traumatismos durante la inserción de la sonda. La gravedad oscila desde traumatismos leves hasta hemorragias por rotura de arterias que pueden resultar fatales en algunos casos.
- Obstrucciones del tubo: se produce mayoritariamente por interacción entre medicamentos o medicamentos con nutrición enteral. En ocasiones no es posible desbloquear las oclusiones siendo necesaria la inserción de una nueva sonda.
- Perforaciones intestinales: ocurren muy raramente, pero se han reportado varios casos en los que se han provocado perforaciones intestinales por traumatismo.
- Tirones accidentales: pueden provocar traumatismos en faringe y fosas nasales si se producen con violencia. Suelen ser provocados en la gran mayoría de los casos por pacientes con alteraciones cognitivas.
- Úlceras por presión en nariz: el 25% provocadas por una fijación incorrecta del tubo y falta de movilización, y, por lo tanto, evitables.

5 Discusión-Conclusión

Los diferentes estudios revisados muestran que las complicaciones de tipo respiratorio se redujeron considerablemente en los pacientes a los cuales se les comprobó la posición de la sonda nasogástrica mediante radiografía. Por lo que cuando la comprobación del pH no sea concluyente se deberá realizar una radiografía de comprobación e interrumpir la nutrición enteral hasta que se confirmen la posición de la sonda. Una vez la posición está confirmada se ha demostrado que marcar el tubo en la porción saliente de la nariz es una muy buena practica a realizar para poder monitorizar más fácilmente si el tubo se desplaza.

De cara a reducir úlceras por presión la sonda se deberá movilizar y cambiar de posición diariamente para que esta no presione prolongadamente la misma zona del cartílago nasal.

Podemos concluir que los sistemas de salud deben asegurar mediante la educación continuada que todos sus profesionales conozcan los riesgos potenciales

existentes en el manejo de la nutrición por sonda nasogástrica.

6 Bibliografía

1. Nursing Care Guidelines for Reducing Hospital-Acquired Nasogastric Tube-Related Pressure Injuries. *Crit Care Nurse* (2019) 39 (6): 54–63. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31961939/>.
2. Nasogastric/nasoenteric tube-related adverse events: an integrative review*. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021; 29: e3400. Published online 2021 Jan 8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7798396/>.
3. Gastroenteric tube feeding: Techniques, problems and solutions. *World J Gastroenterol*. 2014 Jul 14; 20(26): 8505–8524. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4093701/>.
4. Sonda nasogástrica de nutrición enteral en localización pulmonar. Caso SEN-SAR del trimestre. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* Volume 64, Issue 1, January 2017, Pages e1-e5 . <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034935616300780?via%3Dihub>

Capítulo 25

ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN SANITARIA RURAL

LYDIA RUBIO LÓPEZ

ALEJANDRO BORGE MARTINEZ

ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ

SERGIO ESTEBAN ESTEBAN

SANDRA FERRERO SERRANO

1 Introducción

La enfermería tal y como la conocemos hoy en pleno siglo XXI, es aquella área dentro de la salud que, siendo ejecutada concretamente por el rol enfermero, tiene la obligación y compromiso continuo de prestar los cuidados de manera integral y holística al ser humano en cualquier etapa de su vida y estado de salud.

Si bien es cierto que la enfermería trabaja conjuntamente con otras disciplinas como la medicina, dietética y nutrición, auxiliares de enfermería, fisioterapia y rehabilitación, etc.; para conseguir el estado óptimo de salud, nuestro campo tiene que ser el más flexible de todos, puesto que aparte de nuestras funciones, debemos prestar los cuidados independientemente de la dimensión biológica, psicológica y/o social que este necesite.

Sin embargo, el problema radica, cuando todo lo anteriormente mencionado debe ser aplicado para un paciente que reside en un pueblo o localidad fuera de la zona urbana.

Actualmente, la tendencia en nuestro país es la búsqueda de empleo y vivienda en el entorno urbano provocando directamente una despoblación rural en todo el territorio de nuestro país que posee más de un 80% de zonas rurales con una minoría de habitantes y que más de la mitad superan los 65 años de edad.

2 Objetivos

- Conocer y analizar los problemas de los servicios sanitarios en el mundo rural.
- Exponer las diferencias entre la atención rural y urbana desde el punto de vista de la práctica de enfermería.

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 la actualidad, nuestro país posee una población rural muy envejecida, que se extiende por todo el territorio nacional. Además de esto, podemos resaltar el inconveniente de la lejanía de las zonas de residencia con respecto al centro de salud y de urgencias, las condiciones de las carreteras, o las inclemencias meteorológicas, como las grandes nevadas, que imposibilitaría por completo la asistencia y presencia física en el domicilio del paciente.

Por otro lado, dependiendo de la época estival en la que nos encontremos, esa zona rural puede duplicarse en número de habitantes ya sea por vacaciones o fiestas populares. Véase el municipio de Buñol que posee alrededor de 9.000 habitantes y que durante la famosa fiesta de la "tomatina" es capaz de albergar más del doble de personas pertenecientes de todo el mundo. Ejemplos como este, dejan claro que la atención por parte de los servicios médicos y enfermeros se encuentra prácticamente desbordada.

Otros de los problemas para realizar nuestro servicio en el ámbito rural son las vías por carretera de difícil acceso y que llega a ser otro problema real y común en este tipo de zonas. No solo desde el punto de vista asistencial enfermero a

la vivienda, sino el mismo paciente que no posea un vehículo propio para desplazarse, transporte público cercano, o la lejanía en que se encuentre la vivienda del centro de salud o de urgencias y que por la gravedad de su estado le sea imposible emprender un desplazamiento por sí solo.

Deberán, por tanto, implementarse unas medidas políticas de salud serias, organizadas y que puedan llegar a cumplirse para no solo lograr que los más vulnerables puedan ser atendidos, sino que también el personal cualificado encuentre atractivo este destino de trabajo, ya que normalmente su residencia se encuentra en la ciudad

5 Discusión-Conclusión

En repetidas ocasiones se cae en el mismo error implantando unas medidas sanitarias rurales al igual que en una zona urbana. Sería aconsejable tener presente diversas mejoras como una atención especializada aunque no fuese de grandes dimensiones, pero que diera la posibilidad de tener 1 o 2 quirófanos, ya sea para un parto inminente o cualquier situación de emergencia y también de pruebas complementarias, descongestionando además estos servicios de los hospitales urbanos por parte de los habitantes en ámbito rural.

Aparte de evitar saturaciones en servicios de Urgencias, que podrían resolverse in situ, se acortarían los tiempos de espera y asistencia, por no mencionar el ahorro económico que también supone, no tener que pasar antes por la atención primaria de su municipio, en casos urgentes, para obtener un informe que le permita la derivación a un centro más especializado dotado con los recursos al completo.

6 Bibliografía

1. Morales, M. I. L. (2003). La identidad como proceso biológico La identidad como proceso biológico-psicosocial-psicosocial y su construcción en enfermería. *Rev Enferm IMSS*, 11(1), 49-54.
2. de Personas Mayores, O. (2004). Envejecimiento en el mundo rural. Necesidades singulares y políticas específicas. Madrid: Boletín, 11.
2. Marilaf C, Magdalena, Alarcón M, Ana M, & Illesca P, Mónica. (2011). Rol. D

Capítulo 26

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN UN PACIENTE RECIÉN NACIDO INGRESADO EN UNA UNIDAD NEONATAL EN TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA

VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ

VIRGINIA ALBERO GARRIDO

OLAIA TORRES ERICE

MARÍA CORREAS MARÍN

MIREN ROS AÑON

1 Introducción

En el momento de nacer el recién nacido pasa por un periodo de transición para hacer frente a la vida extrauterina. Entre estos cambios fisiológicos está el aumento de bilirrubina en sangre.

El signo clínico de bilirrubinemia es la aparición, céfalo-caudal, de coloración amarillenta en piel, mucosa y esclerótica ocular, también llamada ictericia.

Se calcula que entre el 50 y 70 por ciento de los neonatos a término la padecen, aumentando su incidencia en prematuros. Con una alta morbilidad (1), su frecuencia varía entre la población neonatal. Los factores de riesgo son lactancia materna

no instaurada, prematuridad, sexo masculino, deshidratación, cefalohematoma, infecciones, incompatibilidad sanguínea (ABO o Rh), déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, y otras condiciones genéticas.

La hiperbilirrubinemia neonatal se debe a la acumulación de bilirrubina resultado de la alteración metabólica por un aumento de la producción de bilirrubina en sangre. La alta masa eritrocitaria en la sangre del recién nacido y la corta vida media del eritrocito del neonato, que es de 90 días a diferencia de los 120 días en el adulto, son los principales motivos de este aumento.

Normalmente los niveles séricos de bilirrubina aumentan durante los 3-5 días después del nacimiento y después comienzan a descender.

En primera instancia este aumento de bilirrubina es fisiológico y no es signo de ninguna enfermedad. Sin embargo, los altos niveles de bilirrubina indirecta mantenidos pueden producir neurotoxicidad y aunque sus índices de mortalidad son bajos, el retraso en el diagnóstico y tratamiento conlleva severas complicaciones. La bilirrubina no conjugada, al ser soluble en lípidos, atraviesa la barrera hematoencefálica del neonato, acumulándose en los núcleos basales del cerebro produciendo una serie de síntomas como hipotonía seguida de hipertonía, irritabilidad, convulsiones...etc. La forma más grave de neurotoxicidad bilirrubínica es el Kernícterus, que puede dejar secuelas graves e incapacitantes como la pérdida de audición, atetosis o déficits intelectuales. (1,2)

Uno de los tratamientos más efectivos para la ictericia neonatal es la fototerapia. Consiste en exponer al recién nacido a una fuente de luz fluorescente. La luz absorbida degrada la bilirrubina en compuestos solubles en agua que pueden ser eliminados por el cuerpo en la orina y las heces sin necesidad de unión al hígado. El efecto del tratamiento depende de muchos factores, como la edad gestacional, el número de días de vida del recién nacido, el peso corporal, los valores de bilirrubina sérica o indirecta, la causa de la ictericia, la potencia del dispositivo lumínico o la superficie corporal dentro del rango de iluminación. (3,4)

Al exponer al lactante bajo una fuente de luz es importante vigilar la piel ya que hay riesgo de quemaduras. Tapar los ojos para evitar daños, controlar la temperatura y signos de deshidratación por calor son unas de las actividades que la enfermera de la unidad neonatal debe realizar y tener en cuenta sus posibles complicaciones.

La evaluación temprana en la primera semana de vida del bebé es crítica. El personal de enfermería es una parte imprescindible del manejo del recién nacido icterico.

La bilirrubinemia se puede medir con un bilirrubinómetro no invasivo y los niveles de bilirrubina se pueden estimar según la escala de Kramer. (5)

Se ha demostrado que la existencia de protocolos de manejo de la hiperbilirrubinemia que permita a este colectivo a realizar un análisis sanguíneo e iniciar la fototerapia ayudaría a reducir el tiempo de tratamiento y prevenir complicaciones. (6)

2 Objetivos

Explicar el plan de cuidados a un paciente recién nacido ingresado en una unidad neonatal en tratamiento con fototerapia mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Acude un neonato de 4 días de vida al servicio de urgencias de pediatría por aumento de coloración amarillenta en cara, abdomen y escleróticas oculares. Nacido a término con 39+3 semanas de gestación. Lactancia materna exclusiva. La madre refiere una subida de la leche escasa y que el lactante no reclama y que le tiene que despertar para las tomas y se queda dormido enseguida. Al ser preguntada por si moja los pañales dice que algunos los cambia secos. Peso al nacer 2990 gr.

Antecedentes maternos: 35 años, sin antecedentes médicos de interés. Situación social estable. Primer embarazo bien controlado. Parto eutócico, sin complicaciones.

En la exploración al recién nacido se observan signos de ligera deshidratación (piel y labios secos), y coloración icterica de piel y mucosas. Mantiene temperatura corporal con 36,6°C. TA: 65/35, FC: 142x, FR 45. El control de peso 2660gr. Sugiere una disminución del 11% de peso desde el nacimiento. El control de diuresis es escaso. Tiene buenos reflejos cuando se le despierta. Se realiza un control analítico con un resultado de bilirrubina sérica de 20.5 mg/dL

Se decide su ingreso en la Unidad de Neonatos para la corrección de la deshidratación e iniciar tratamiento con fototerapia.

RESULTADOS

Se registran los datos usando los patrones funcionales de Marjory Gordon. (8)

- Patrón 1: Percepción manejo salud: Patrón adaptado.
- Patrón 2: Nutricional- Metabólico: El neonato refiere una pérdida de peso importante para sus días de vida y una ligera deshidratación por una alimentación mal establecida. Normotermia.
- Patrón 3: Eliminación: Diuresis escasa por la ligera deshidratación.

- Patrón 4: Actividad /ejercicio: Patrón adaptado.
- Patrón 5: Sueño- Descanso: Patrón adaptado.
- Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo: Patrón adaptado.
- Patrón 7: Auto percepción- autoconcepto: Patrón adaptado inicialmente.
- Patrón 8: Rol- Relaciones: La principal cuidadora del recién nacido está en proceso de adaptación de primera maternidad y en el inicio de un posparto. Todo ello conlleva un agotamiento físico y mental.
- Patrón 9: Sexualidad y Reproducción: Ante su nueva maternidad y lactancia la mamá está preocupada por si lo está haciendo bien. Tiene disposición para aprender.
- Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés: El recién nacido alterna entre letargia e irritabilidad a la manipulación en los procedimientos.
- Patrón 11: Valores y Creencias: Se desconoce.

Los diagnósticos de ciencia enfermera NANDA derivados de este caso son: (9)

Lactancia materna ineficaz (00104) relacionada con (r/c) déficit de conocimientos manifestado por (m/p) insatisfacción con el proceso de amamantar y signos de aportes inadecuado al lactante.

- Definición: La madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de amamantamiento.
- NOC (Nursing Outcomes Classification): Establecimiento de la lactancia materna: Lactante 1000 o Indicadores:
 - ☑ Alineación y unión adecuadas. 100001
 - ☑ Sujeción areolar adecuada. 100003
 - ☑ Succión y colocación de la lengua correctamente. 100004
 - ☑ Lactante satisfecho tras lactación. 100011
- NIC (Nursing Interventions Classification) o Asesoramiento en lactancia. 5244 o Ayuda en la lactancia. 1054 o Cuidados del recién nacido. 6880 o Fomentar el acercamiento. 6710 o Presencia. 5340 o Actividades:
 - ☑ Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimenticias del recién nacido (sujeción, succión y estado de alerta).
 - ☑ Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido.
 - ☑ Vigilar la capacidad de mamar del recién nacido.
 - ☑ Reconocer signos de disminución del aporte de leche.
- NOC: Establecimiento de la lactancia materna: Madre 1001 o Indicadores:
 - ☑ Reconocimiento de la deglución en el lactante. 100106
 - ☑ Comodidad de la posición durante la alimentación. 100101
 - ☑ Reconoce rápidamente los signos de hambre. 100113

☒ Utiliza el apoyo familiar. 100124

☒ Satisfacción con el proceso de lactancia. 100118

- NIC: o Asesoramiento en lactancia. 5244 o Cuidados de la piel: tratamiento tópico. 3584 o Fomentar la implicación familiar. 7110 o Manejo de la energía. 0180 o Manejo de la nutrición. 1100 o Mejorar el sueño. 1850 o Protección contra infecciones. 6550 o Vigilancia de la piel. 3590 o Actividades:

☒ Monitorizar la habilidad materna al acercar el bebé al pezón.

☒ Informar a los padres acerca de los progresos del bebé.

☒ Enseñar a la madre a observar cómo mama el bebé.

☒ Animar a la madre a que no imite el tiempo de mamar al bebé.

☒ Instruir a la madre sobre las maneras de hacer eructar al bebé.

☒ Animar a la madre a que beba líquidos.

- NOC: Mantenimiento de la lactancia. 1002 o Indicadores:

☒ Reconocimiento de signos de mastitis. 100220

☒ Percepción de apoyo familiar para la lactancia materna. 100222

☒ Conocimiento de los recursos de apoyo. 100225

☒ Expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna. 100215

- NIC o Asesoramiento en lactancia. 5244 o Fomentar la implicación familiar. 7110 o Manejo de la energía. 0180 o Mejorar el sueño. 1850 o Vigilancia de la piel. 1260 o Actividades:

☒ Enseñar a los padres a diferenciar entre el suministro de leche percibido y real.

☒ Instruir acerca de los signos de problemas e informar al practicante de los cuidados.

☒ Proporcionar apoyo a las decisiones de la madre.

☒ Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

☒ Remitir a grupos de apoyo.

☒ Escuchar las expresiones de sentimientos.

☒ Preparar un informe con recomendaciones.

☒ Proporcionar conocimientos técnicos a aquellos individuos que soliciten ayuda.

Riesgo del cansancio del rol del cuidador (00062) r/c el cambio de vida y la falta de experiencia de cuidados a un recién nacido, m/p la expresión verbal de sentirse sobrepasada.

- Definición: El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol del cuidador familiar, relacionado con la falta de experiencia para cuidar un bebé.

- NOC: o Alteración del estilo de vida del cuidador principal. 2203 o Indicadores: Trastorno de la rutina. 220315 o Trastorno del entorno vital 220318 o Responsabilidades del rol 20310

- NIC: o Apoyo al cuidador principal. 7040 o Aumentar los sistemas de apoyo. 5440 o Estimulación de la integridad familiar: familia con recién nacido. 7104 o Actividades:

☒ Determinar la aceptación de su papel.

☒ Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.

☒ Implicar a la pareja en los cuidados.

☒ Observar la adaptación de los padres a la paternidad.

- NOC: Bienestar del cuidador principal. 2508 o Indicadores:

☒ Satisfacción con la realización de los roles. 250804

☒ Capacidad para el afrontamiento. 250813

- NIC: o Apoyo emocional. 5270 o Escucha activa. 4920 o Actividades:

☒ Educar a los padres sobre los efectos de la privación del sueño en el funcionamiento familiar.

☒ Facilitar periodos de descanso.

- NOC: Ejecución del rol de padres. 2211 o Indicadores:

☒ Facilita las necesidades físicas del niño. 221101

☒ Proporciona la nutrición adecuada para su edad. 221105

- NIC: Potenciación de roles. 5370 o Actividades:

☒ Ayudar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol.

☒ Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en el cambio de rol.

- NOC: Salud emocional del cuidador. 2506 o Indicadores:

☒ Culpa. 250606

☒ Frustración. 250608

☒ Certeza sobre el futuro. 250610

- NIC: o Apoyo al cuidador principal. 7040 o Aumentar el afrontamiento. 5230 o Apoyo emocional. 5270 o Actividades:

☒ Comentar la experiencia emocional con el paciente.

☒ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

☒ Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

☒ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Disposición para mejorar el proceso de maternidad (00208) r/c uso de técnicas y cuidados apropiados para el recién nacido m/p deseo de adquirir nuevas habilidades.

- Definición: Patrón de preparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable definido porque demuestra técnicas apropiadas para la alimentación del lactante, demuestra el cuidado apropiado de las mamas, utiliza adecuadamente los sistemas de soporte.

- NOC: Conocimiento: cuidados del lactante. 1819 o Indicadores:

☑ Características del lactante normal. 181901

☑ Signos y síntomas de deshidratación. 181911

☑ Patrones del sueño y despertar del lactante. 181918

- NIC: Cuidados del recién nacido. 6880 o Actividades:

☑ Mecer al niño para favorecer el sueño y dar sensación de seguridad.

☑ Colocar al bebé en decúbito lateral o supino después de la alimentación.

☑ Proporcionar información acerca de las necesidades nutricionales del recién nacido.

☑ Enseñar a los padres la higiene y características del cordón umbilical.

Conducta desorganizada del lactante (00116) r/c la sobreestimulación ambiental y procesos dolorosos m/p irritabilidad y llanto incontrolable.

- Definición: Desintegración de las respuestas fisiológicas y neurocomportamentales al entorno.

- NOC: Adaptación del recién nacido. 0118 o Indicadores:

☑ Respuesta a estímulos.

- NIC: Cuidados del recién nacido. 6880 o Actividades:

☑ Mantener contacto con él bebé y hablar mientras se le administran cuidados.

☑ Responder a la necesidad de cuidados del recién nacido para desarrollar su confianza.

☑ Comprobar el buen estado del bebé.

☑ Favorecer descansos.

☑ Agrupar procedimientos.

Hiperbilirrubinemia neonatal (00194) r/c edad del neonato (1-7 días de vida) y patrón de alimentación mal establecido m/p coloración amarillenta de piel, mucosas y esclerótica.

- Definición: Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal

- NOC: Adaptación del recién nacido. (0118) o Indicadores:

☑ Concentración de bilirrubina.

☑ Coloración cutánea.

- NIC; Fototerapia del neonato. 6924 o Actividades:

☑ Observar signos de ictericia.

☑ Explicar a los padres los procedimientos y cuidados de fototerapia.

☑ Aplicar gafas para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión.

☑ Vigilar los signos vitales.

☑ Colocar luces encima del bebé a la altura adecuada.

☑ Cambiar la posición del bebé cada tres horas o según protocolo.

Déficit de volumen de líquidos (00027) r/c déficit de entradas m/p por sequedad en piel y labios y pérdida de peso.

- Definición: Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

- NOC: Equilibrio hídrico (0601). o Indicadores:

☑ Entradas y salidas diarias equilibradas.

☑ Peso corporal estable.

- NIC: Manejo de líquidos (4120). o Actividades:

☑ Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede.

☑ Pesar a diario y controlar la evolución.

☑ Contar o pesar pañales, si procede.

☑ Realizar un registro preciso de la ingesta y eliminación.

- NIC: Monitorización de líquidos. o Actividades:

☑ Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina.

☑ Vigilar la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado respiratorio.

☑ Vigilar ingresos y egresos. Registros.

Riesgo de lesión térmica (00220) r/c tratamiento de fototerapia m/p eritemas en piel del neonato.

- Definición: Riesgo de daño en la piel y las membranas mucosas debido a temperaturas extremas.

- NOC: Integridad tisular: Piel y membranas mucosas. (1101) o Indicadores:

☑ Integridad tisular.

- NIC: Manejo ambiental (6486). o Actividades:

☑ Asegurar la correcta colocación de los equipos de fototerapia.

☑ Vigilar la temperatura de la incubadora.

☑ Vigilar y registrar la temperatura del neonato.

☑ Explorar la piel del neonato en busca de lesiones.

Al ingreso, gracias a la lactancia materna o suplementación con fórmula artificial, la ingesta del neonato fue correcta comprobado por el peso neonatal que aumentó desde el primer día de ingreso. Se controló, además, el tiempo de luz hasta que la fototerapia fue efectiva haciendo un exhaustivo registro del mismo. La eliminación de diuresis y deposiciones fue el esperado. La bilirrubina capilar plasmática se normalizó y el neonato fue dado de alta a los dos días del ingreso.

4 Discusión-Conclusión

El diagnóstico precoz de la ictericia neonatal junto con los cuidados del neonato y una alimentación adecuada en los primeros días de vida pueden minimizar las posibles complicaciones de la hiperbilirrubinemia. Los profesionales de enfermería tienen un rol importante en el cuidado del recién nacido. Son los responsables de aplicar los tratamientos y controlar su respuesta. Por lo tanto, deben comprender la importancia de una evaluación adecuada para diagnosticar con precisión la condición del paciente e intervenir con la evidencia en mano sobre el binomio cuidador-recién nacido. La visión completa de los bebés y sus familias es fundamental para lograr altos niveles de salud y una rápida recuperación.

5 Bibliografía

1. Olusanya BO, Teeple S, Kassebaum NJ. The contribution of neonatal jaundice to global child mortality: Findings from the GBD 2016 study. *Pediatrics* [Internet]. 2018;141(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2017-1471>
2. González LM, Carmona MIP. La ictericia neonatal y su abordaje desde la Enfermería. *Nuberos científica* [Internet]. 2017 [citado el 17 de junio de 2022];3(21):55–61. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7492646>
3. Durán M, García JA, Sánchez A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. *Enferm univ* [Internet]. 2015 [citado el 17 de junio de 2022];12(1):41–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-efectividad-fototerapia-hiperbilirrubinemia-neonatal-S1665706315000214>
4. Resumen de Cuidados enfermeros al neonato con hiperbilirrubinemia - Dialnet [Internet]. Unirioja.es. [citado el 17 de junio de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6436284&info=resumen>
5. Alfieri G, Mir Villamayor R, Genes de Lovera LE, Otazo Arévalos EM, Miño Moreno SG, Bordón Dure JPG. Aplicación del bilirrubinómetro no invasivo en recién nacidos. *Pediatr (Asunción)* [Internet]. 2019 [citado el 17 de junio de 2022];46(3):158–64. Disponible en: <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatrica/article/view/513>
6. Long M, Farion KJ, Zemek R, Voskamp D, Barrowman N, Akiki S, et al. A nurse-initiated jaundice management protocol improves quality of care in the paediatric emergency department. *Paediatr Child Health* [Internet]. 2017 [citado el 17 de junio de 2022];22(5):259–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29479230/>

7. Del Carmen Sellan Soto M, Vazquez Sellan A, editores. Cuidados Neonatales En Enfermería. Elsevier; 2017.
8. Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3º Edición. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1996
9. NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020 [Internet]. Actualidad Nebrija. 2019 [citado el 17 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.nebrija.com/medios/actualidadnebrija/2019/09/23/nanda-internacional-inc-diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2018-2020/>

Capítulo 27

ENFERMEDAD DE CROHN INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y RECOMENDACIONES POR ENFERMERÍA

MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN

PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS

EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

ALVARO NOGUERO CRUZ

GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS

1 Introducción

La Enfermedad de Crohn (EC) es concretada como una patología digestiva crónica que cursa con una patología inflamatoria del tracto gastrointestinal, pudiendo llegar a afectar a todas sus capas (mucosa, submucosa, muscular y serosa), lo que se conoce como afectación transmural. También, a toda su longitud, es decir, dando su iniciación y comienzo en la mucosa oral hasta el área del ano, aunque con mayor recurrencia aparece en el íleon distal y en el colon. Además, se vera afectada de forma segmentaria o comúnmente dicho “salteada”, quiere decir, puede haber áreas sanas intercaladas con otras áreas afectadas. Junto con la colitis ulcerosa (CU) pertenecientes al grupo de enfermedades inflamatorias

intestinales (EII). La EC hará su manifestación en modo de brotes o exacerbaciones, con lo que tendrá, periodos en que la enfermedad se encuentra activa y con la consecuente aparición de una sintomatología, intercalados con las fases de remisión, en las que no habrá manifestaciones clínicas de dicha enfermedad. Sus causas son desconocidas e intervienen factores genéticos y ambientales. Las lesiones histológicas típicas son granulomas. Las lesiones anatomopatológicas inflamatorias se inician con aftas que con el tiempo se ulceran. Éstas, pueden espontáneamente remitir o con los debidos tratamientos y depende que casos pueden derivar en complicaciones.

En general los síntomas son de un inicio insidioso, pueden ser muy variados y dependen mayoritariamente de la localización del tramo del tubo digestivo que este afectado, de la edad y de la gravedad de la enfermedad. Diarrea, dolor abdominal, acuciante pérdida de peso, fiebre y síntomas de mala absorción como la aparición de astenia o anorexia.

Para el diagnóstico de la EC, no concurre una única prueba y los pasos a seguir están en dependencia del centro, de los resultados obtenidos en la anamnesis, en la correspondiente exploración física y de las pruebas de laboratorio, estudios de diagnósticos de imagen, procedimientos endoscópicos y de las biopsias.

El tratamiento farmacológico será preciso para inhibir el sistema inmunitario y poder encargarse de la inflamación. El tratamiento dietético, consistirá en la modificación de la dieta para tratar la EC, ya que algunos alimentos pueden agravar y mucho los signos y síntomas.

2 Objetivos

Exponer los detalles más relevantes y que hemos obtenido en el estudio de la enfermedad de Crohn por diversos autores, así como las recomendaciones según los mismos de los hábitos nocivos que los enfermos de Crohn deberán modificar para una mejor calidad dentro de su enfermedad, en el manejo de la sintomatología.

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

A continuación pasamos a exhibir los aspectos más relevantes de los artículos seleccionados para la revisión.

Recomendaciones dietéticas: Smith et al (3), afirman que no se recomiendan restricciones dietéticas estándar. En general se aconseja una dieta nutritiva y los pacientes deben determinar, a base de ensayo y error, qué alimentos exacerban sus síntomas y evitarlos.

Según Ferrara et al (4), se debe dar la recomendación a los pacientes que forjen una alimentación saludable y que eviten alimentos que puedan agravar sus síntomas. Manifiestan que se puede recomendar a los pacientes que escriban un diario de alimentos para encontrar patrones o tendencias de alimentos que les incrementen la sintomatología.

Hábito tabáquico: Smith y Harris (3), llegan a la conclusión de que, a los pacientes fumadores hay que recomendarles dejar de fumar, ya que el tabaco agravará el proceso de la enfermedad, favorece la formación de fístulas y contribuye a la respuesta subóptima del tratamiento facultativo.

Martin et al (17), aseguran que fumar incrementa el riesgo de recaída de la EC. Además, informan que la contaminación ambiental también incrementa el riesgo de exacerbación, aunque solo fue analizado un estudio.

Medicamentos: Smith y Harris (3), informan que el uso de anticonceptivos orales y fármacos antiinflamatorios no esteroideos y no selectivos pueden exacerbar la enfermedad.

Ferrara y Saccomano (4), manifiestan que los antiinflamatorios no esteroideos pueden llegar a empeorar la sintomatología gastrointestinal y incrementar el riesgo de sangrado. Añaden, que se puede ofrecer paracetamol debido a que se tolera fácilmente por vía oral.

Manejo de la sintomatología: Smith y Harris (3), informan que a los pacientes con diarrea se les debe aconsejar un buen aporte hidroelectrolítico para la prevención de la deshidratación, comer en cantidades pequeñas con mayor frecuencia, evaluar la turgencia de la piel y la humedad de las mucosas, recomendar que controlen su peso a diario, asegurar una buena protección de la piel, proporcionar medidas de confort y enseñar a observar las heces para evidenciar si existe la presencia de sangre. En cuanto a los cólicos abdominales, refieren que se debe hacer una evaluación integral del dolor y un manejo óptimo de este, así como enseñar a manejar la analgesia. Están la mayoría de acuerdo en que se les debe enseñar a saber reconocer esos signos y síntomas en referencia a las complicaciones y educarles, explicarles que deben ponerse en contacto con el servicio de

salud si estos aparecen, o si persisten o llegan a empeoran sus signos o síntomas. Ferrara y Saccomano (4), nos exponen que a los pacientes con diarrea se les debe aconsejar incrementar la ingesta de líquidos para la prevención de la deshidratación y valorar los suplementos nutricionales. Se reafirman en que los antidiarreicos son útiles en los casos de diarrea refractaria, ya que incrementa el riesgo de deshidratación si no se trata.

5 Discusión-Conclusión

La Enfermedad de Crohn, aunque es la menos habitual dentro de la Enfermedades Intestinales Inflamatorias en nuestro medio es la que epidemiológicamente tiene ascendentes tasas de crecimiento con cifras altas de morbilidad y de los costos socioeconómicos; por lo tanto, estas circunstancias nos obligan moral y académicamente a unir esfuerzos para que con un objetivo unido tengamos unos itinerarios claros con listas de chequeo prácticas para un diagnóstico más temprano, con un mejor enfoque terapéutico lo cual derivara en empujear las tasas de morbilidad y de costos, lo cual es un trascendental aporte al desarrollo y bienestar de nuestra especialidad, de la sociedad y de nuestros pacientes que son en últimas, nuestra razón de ser, ya que dependerá de nuestras capacidades y de nuestros conocimientos el llevar por buen camino la enfermedad del paciente en el control de su sintomatología, en base a las recomendaciones y pautas dadas desde la enfermería.

6 Bibliografía

- 1) Enfermera virtual [sede web]. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona; 2015 [acceso]. Lo que se necesita saber: enfermedad inflamatoria intestinal. Disponible en: https://www.infermeravirtual.com/esp/problemas_de_salud/enfermedades_transmisionales/enfermedad_inflamatoria_intestinal#tutorial-48-que_es_un_brote.
- 2) Fistera [sede web]. 2012 [acceso]. Enfermedad de Crohn.
- 3) Smith CJ, Harris H. Crohn disease: taking charge of a lifelong disorder. Nursing. 2014 Dec;44(12):36-42.
- 4) Ferrara LR, Saccomano SJ. Crohn disease: recognition is key. Nurse Pract. 2012 Dec 10;37(12):22-8.
- 5) Kalla R, Ventham NT, Satsangi J, Arnott ID. Crohn's disease. BMJ. 2014 Nov 19; 349.

Dolák F, Rendl L, Tóthová V, Olišarová V. The reflection of the quality of life of people with Crohn's disease in nursing. *Neuro Endocrinol Lett.* 2014;35 Suppl 1:19-25.

6) Perez M. Plan de cuidados individualizado en un paciente con enfermedad de Crohn. *Enfermería en gastroenterología y hepatología (egeh).* 2013; 13; 15-39.

7) Casellas F, Vera I, Ginard D, Torrejón A. Inflammatory bowel disease patient's satisfaction with healthcare services received. Physicians' and nurses' perceptions. *Rev Esp Enferm Dig.* 2013 Aug;105(7):385-91.

8) National Institute for Health and Care Excellence.

10) Gómez E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG (A Coruña).*

11) Veitia G, Pernalet B, La Cruz M, Aldana G, Cachima L, Istúriz R, et al. Percepción de Calidad de Vida Determinada por Cuestionario Ibdq-32, en Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Gen [Internet].* 2012 Sep; 66(3): 155-159. 12) Míguez H. IBDQ. Inflammatory bowel disease questionnaire on Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. *Medicina Interna de Galicia [Internet].* 2011. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/ibdq.pdf>.

13) Masachs M, Casellas F, Malagelada JR. Traducción, adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida de 32 ítems (IBDQ- 32) de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev. esp. enferm. dig.* 2007 Sep; 99(9): 511-519. 14) Brown AC, Rampertab SD, Mullin GE. Existing dietary guidelines for Crohn's disease and ulcerative colitis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2011 Jun; 5(3):411-25.

15) Skrautvol K, Nåden D. Nutritional care in inflammatory bowel disease—a literature review. *Scand J Caring Sci.* 2011 Dec; 25(4):818-27.

16). Hano García Olga Marina, Andrade Gomes Solange, Villa Jiménez Oscar Manuel, González Fabián Licet, Wood Rodríguez Lisette. Caracterización de pacientes con enfermedad de Crohn atendidos en el Instituto de Gastroenterología de Cuba. *Rev Cubana Invest Bioméd [Internet].* 2014 Sep [citado 2022 Feb 10] ; 33(3): 253-267. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000300001&lng=es.

17) Márquez Velásquez Juan Ricardo. Enfermedad de Crohn. Enfoque diagnóstico y terapéutico de las primeras visitas. *Rev Col Gastroenterol [Internet].* diciembre de 2014 [citado el 17 de febrero de 2022]; 29(4): 404-416. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572014000400010&lng=en.

Capítulo 28

PERCEPCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE OSTOMIZADO POR ENFERMERÍA

ALVARO NOGUERO CRUZ

PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS

EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN

GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS

1 Introducción

El paciente ostomizado padecerá una serie de grandes cambios desde que comienza a notar que algo no va bien y llega al punto de que se le diagnostica, la razón por la cual se le va a colocar una ostomía, hasta que este es capaz de aceptar su nuevo estado: tener que sobrellevar y convivir con un estoma. La gran mayoría tienen un diagnóstico de cáncer y se someterán a una cirugía mayor, lo que conllevará después de la cirugía a una agresión de su imagen corporal, con una disminución de la autoestima, produciéndose grandes cambios.

Para un paciente colostomizado, la contención fecal es uno de los principales problemas a los que se enfrenta después de la intervención quirúrgica. Sufrirá una serie de cambios, no solo en su imagen corporal sino también higiénicos, dietéticos, sociales, etc. Como personal enfermero debemos saber detectar las

necesidades de estos pacientes, para poder prestar así unos cuidados adecuados que les permitan vivir de una mejor forma y en óptimas condiciones.

El incremento del número de personas poseedoras de un estoma, trae consigo la necesidad de contar con personal especializado y capacitado para proporcionarle los elementos necesarios para su reintegración a la vida social, familiar y laboral.

2 Objetivos

Exponer las particularidades y necesidades del paciente ostomizado así como pueden ser las reacciones del paciente en cuanto a su nueva situación por parte del personal enfermero.

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 cáncer de colon es una patología crónico-degenerativa que afecta tanto a hombres como mujeres con predominio en la edad adulta y adulta mayor. Esta patología tiene como tratamiento alternativo la realización de una ostomía de eliminación llamada colostomía; que es la creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal con la finalidad de desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso; es decir es la zona por donde la persona eliminará los desperdicios intestinales de su organismo. El cambio de ubicación del ano ve trastocada la calidad de vida del paciente.

Las principales indicaciones del estoma son neoplasia de colon, recto y ano, patologías inflamatorias intestinales, patologías congénitas o malformaciones, obstrucciones intestinales, sepsis por dehiscencias de suturas, sepsis pelviana, traumatismos, incontinencia anal, fístula recto-vaginal, diverticulitis y vólvulos intestinales.

Las reacciones del paciente debidas a la alteración de su imagen corporal dependen de sus características individuales, de su entorno social, y de la percepción que tenga el paciente de esta nueva situación. En conjunto a esta alteración está la disminución de la actividad sexual como consecuencia de este cambio de la Imagen física, el miedo a la no aceptación y al rechazo por parte de la pareja, así como el tener que mantener relaciones sexuales con la bolsa colectora.

En el caso del hombre la cirugía puede ocasionar bajada o pérdida de la libido, disminución o ausencia de erección y/o eyaculación. En la mujer reducir la pérdida de la libido, dispareunia emanada por la afectación psicológica debido a la alteración de su imagen física.

La pérdida del control esfinteriano, junto con los gases involuntarios y el olor, supone esto uno de los problemas más graves y serios para los pacientes colostomizados y una de las cuestiones más difíciles de aceptar, ya que supone para ellos una pérdida de control de su cuerpo.

Se puede observar que tras la colocación del estoma surge el comienzo de un tiempo de adaptación muy duro para al paciente.

Las personas jóvenes tienden a conseguir rápidamente su autonomía, en cambio los de edad más avanzada normalmente delegan los cuidados del estoma a un familiar, lo que conllevará a una educación sanitaria que incluirá no sólo al paciente sino a su entorno más próximo.

Para concluir se podría decir que la colocación del estoma conlleva a que el paciente experimente una serie de cambios físicos y psicológicos que afectan en muchos ámbitos de su vida, y que durante su estancia hospitalaria el personal enfermero ha de cumplir un papel óptimo para ayudar a afrontar esa serie de cambios.

Los miedos, como la fuga del material fecal, el ámbito sexual se suman también a más condicionantes que pueden disminuir el índice de la calidad de vida.

La educación al paciente en el periodo preoperatorio, postoperatorio inmediato y tras el alta es muy importante, así como reducir las incidencias en complicaciones asociadas a la colostomía, así como los episodios de ansiedad y depresión.

5 Discusión-Conclusión

Se debe saber identificar todas las necesidades de los enfermos antes y después de la colocación del estoma durante su estancia hospitalaria por parte de personal enfermero, con una serie de técnicas que traten no sólo los aspectos referidos a su imagen corporal sino también a la higiene, alimentación, y al ámbito social, con el objetivo de conseguir aceptación y afrontamiento por parte del paciente.

Surge la necesidad de disponer en los servicios de salud, de profesionales expertos en ostomías para dar cuidados de calidad a los pacientes colostomizados y que sean capaces de abordar estos aspectos fisiológicos, dietéticos, de autoimagen y autoconcepto, sexuales, apoyo psicológico, de complicaciones derivadas del estoma, de reinserción social y laboral, y de recurso disponibles.

Es importante llevar a cabo un análisis minucioso de la situación junto con el propio paciente, comprobar con él los diagnósticos de personal enfermero y priorizarlos según la importancia que tengan para él, con las intervenciones que sean necesarias para llegar a una solución de sus problemas y mejorar la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Martí J, Tegido M. Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Ediciones Doyma. Barcelona 1999.
2. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J. The state of the standard diversion. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2001; 28:6.
3. McCann E. Routine assessment of the patient with an ostomy. In: *Wound, Ostomy, and Continence Nursing Secrets*, Milne C, Corbett I, Dubuc D (Eds), Hanley and Belfus, Philadelphia 2003. p.299.
4. Colwell J. Principles of stoma management. In: Colwell, J, Goldberg, M, Carmel, J, *Fecal and Urinary Diversions: Management Principles* (Ed), Mosby, St. Louis 2004. p.240.
5. Doughty DB, Landmann RG. Management of patients with a colostomy or ileostomy. Up to date 2011. Revisión del 26 de enero.
6. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7824318.pdf>

Capítulo 29

ESTUDIO DEL MANEJO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA POR ENFERMERÍA

GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS

PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS

EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN

ALVARO NOGUERO CRUZ

1 Introducción

En el presente trabajo se aborda la temática del cáncer infantil, patología que afecta a muchas familias en todo el mundo. Se suele hablar de enfermedad como sinónimo de miedo, preocupación y malestar, pero en el caso del cáncer y más aún, cuando afecta a niños, genera las mayores cotas de animadversión. En este caso, por la especial predilección que sentimos hacia los niños y la vocación que nos merecen, ponemos todo el interés en este ámbito.

En la actualidad el cáncer infantil es una de las primeras causas de mortalidad en niños en los países desarrollados, concretamente, es la segunda causa tras los accidentes.

En nuestro país, la incidencia de tumores anualmente está situada entre 135 y 145 casos por millón de niños menores de 15 años.

La distribución de los distintos tipos de tumores no es homogénea, varía según la edad, la etnia o el origen del paciente, con un leve predominio en el sexo masculino. Siguiendo el patrón predominante en los países de raza blanca, los principales tumores sólidos son los del sistema nervioso central (SNC), acompañados de los del sistema nervioso simpático (SNS), óseos y sarcomas de tejidos blandos (STB), seguidos de los renales, carcinomas, de células germinales, retinoblastomas y de hígado, en frecuencias decrecientes.

El presente estudio se centrará en los tumores del SNC que suponen la segunda causa de muerte en menores de 15 años, solamente superada por la leucemia. De los 1.500 casos que se diagnostican en España al año de cáncer infantil, del 15 al 20 % pertenecen a tumores del SNC. Estos datos nos indican que no estamos ante una enfermedad rara.

Los tumores infantiles suelen ser de origen embrionario, entre sus características destacan las siguientes: tienden a desarrollarse en las dos primeras décadas de vida, cursan con un periodo de latencia corto y con un crecimiento rápido, agresivo e invasivo.

Sobre los condicionantes de peligro que predisponen al desarrollo de tumores del SNC se encuentran determinados síndromes hereditarios, radiaciones ionizantes durante el embarazo, inmunosupresión, causas virales, genéticas y hormonales. No son concluyentes los estudios que han investigado la influencia de condicionantes ambientales, aunque se deben evitar conductas de peligro.

En cuanto a la presentación clínica de los tumores cerebrales, debemos saber que no existen hallazgos patognomónicos que nos ayuden en el diagnóstico médico. Además, los signos y síntomas de presentación estarán determinados sobre todo por la edad del niño, la localización e histología del tumor y el estadio de la enfermedad. De manera general, los signos y síntomas más comunes en lactantes son: hipertensión craneal, incremento del perímetro cefálico, elevación de las fontanelas, cambios de conducta, vómitos, irritación, llanto inconsolable (debido a las cefaleas), hiperreflexia, hipertonía, hemiparesia, edema de papila y rechazo de la comida.

Por todo ello, en este trabajo nos centraremos en el estudio integral de los pacientes pediátricos que padecen esta enfermedad y en sus familias. La magnitud del impacto del diagnóstico, las características propias de los pacientes y los cambios que produce en el núcleo familiar, entre otros muchos efectos, abre un campo de estudio e intervención complejo tanto para el mundo sanitario, como para la sociedad en su conjunto.

2 Objetivos

- Exponer un caso clínico en el que un niño de 9 días es diagnosticado de tumor cerebral congénito en el lóbulo frontal izquierdo y la importancia de controlar las complicaciones derivadas de la intervención

3 Caso clínico

Diseño: Investigación cualitativa tipo estudio de caso.

Sujeto del estudio: Niño de 9 días diagnosticado de tumor cerebral congénito en el lóbulo frontal izquierdo del cual se realiza resección.

Procedimiento de información: la recogida de datos se realizó después de pedir la autorización de la familia del paciente y de la responsable de la unidad para realizar el estudio. Durante todo el estudio se ha mantenido una confidencialidad estricta de los datos y ha primado la privacidad del paciente. Se llegó a un acuerdo con la familia para realizar la entrevista personal, la observación se realizó desde el primer contacto con el paciente hasta su alta en el servicio, sin interferir en ningún momento en el funcionamiento de la unidad.

La recogida de información se realizó en diversas fases:

- El día anterior de la intervención, ya sabíamos de la realización de esta, por lo que se pidió el consentimiento de la encargada de la unidad para realizar la consulta de la historia clínica y para hablar con la familia. En un primer momento, se consultó la historia clínica del paciente y se reclutaron los datos relevantes de la misma (motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, evolución del paciente, alergias, pruebas realizadas, gráficas, etc.), consiguiendo así una descripción completa del caso. En segundo lugar, se habló con la familia, se llevó a cabo la entrevista personal con la madre y se realizó la valoración de enfermería según los 11 patrones de Marjory Gordon. En tercer lugar, se realizó una revisión bibliográfica en las fuentes anteriormente citadas. Realizando una lectura exhaustiva de los materiales, seleccionándolos y clasificándolos según los estudios que se habían fijado para el estudio. En lo referido a las estrategias de búsqueda, en un primer momento se acotó la búsqueda a textos relativamente nuevos, a partir del año 2003, aunque se han incluido varias referencias históricas. Según la temática se realizaron varias búsquedas por grupo de edades, según nuestro interés. No se limitó la búsqueda por el idioma de los textos.

En una primera fase, tras realizar la valoración de enfermería según los 11 patrones de Marjory Gordon, se realizó un análisis crítico mediante la red de razonamiento del modelo área, obteniendo el diagnóstico enfermero principal y la

complicación potencial del paciente.

- En una segunda fase, realizando el proceso enfermero, se identificaron los diagnósticos según la taxonomía NANDA, se establecieron las intervenciones adecuadas según la taxonomía NIC y los resultados apropiados al caso según la taxonomía NOC. Se realizó la ejecución del plan de cuidados, posteriormente se llevó a cabo una evaluación en base a los resultados establecidos en la planificación del plan de cuidados, con el fin de investigar el grado de efectividad de nuestras intervenciones.

- En último lugar, se procesaron los datos recogidos de las revisiones bibliográficas, realizando un análisis crítico de manera exhaustiva clasificando toda la información según el interés y el objetivo del estudio.

Descripción del caso.

Niño de 10 días que llega al quirófano para ser intervenido de un tumor cerebral congénito en el lóbulo frontal izquierdo.

El niño sufrió convulsiones más o menos a las 48 horas de vida por lo que se realizó una ecografía y se detectó una masa frontal, se deriva desde otro hospital, los neurocirujanos proponen realizar cirugía para extirpar el tumor, fecha de cirugía 24/06/2015. Las convulsiones se repiten de manera esporádica por lo que el facultativo pauta tratamiento.

Fecha de nacimiento: 15/06/2015. Parto eutócico a las 39 semanas de gestación. Embarazo controlado. Madre sana de 26 años de edad. Peso al nacer: 3885 gramos, peso actual 3630 gramos, talla 57 centímetros, Apgar al nacer 10/10, no tiene antecedentes médicos conocidos ni enfermedades salvando las actuales, tampoco antecedentes familiares de enfermedades metabólicas, convulsiones, epilepsia ni retraso mental.

Presenta buen estado general. Coloración rosácea. Constantes dentro de los rangos normales. Sin dificultades respiratorias. Despierto y reactivo a estímulos. Tolerancia la comida. Cráneo normo configurado.

El paciente viene con la cabeza rasurada, ayunas desde las 4 de la madrugada. Dentro del Proceso Enfermero, el desarrollo y la implementación del plan de cuidado utilizando las taxonomías NANDA-NOC-NIC (NNN) ha mejorado la calidad de los cuidados aplicados en diferentes ámbitos asistenciales, Además, en la oncología.

Proceso enfermero.

En este caso se aplica el proceso de atención en enfermería (PAE), método sistemático y organizado dentro del cual se desarrolla el plan de cuidados de manera individualizada. Las fases del PAE son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Además, se trabaja con las posibles complicaciones po-

tenciales derivadas de los problemas de colaboración.

La complicación en potencia con la cual vamos a trabajar como principal es el incremento de la presión intracraneal (PIC) o hipertensión craneal, ésta es la principal causa de muerte en pacientes con enfermedades del sistema nervioso central.

Es la elegida porque un incremento de la PIC de manera severa puede tener unas consecuencias fatales y como vemos en la red de razonamiento puede ser causa de otras muchas complicaciones como hemorragias, ya que puede oprimir vasos provocando obstrucciones, incluso la rotura de estos. Puede afectar a áreas del cerebro encargadas de coordinar infinidad de movimientos, entre ellas el sistema respiratorio, provocando así dificultad respiratoria.

Si se reduce el peligro de hipertensión craneal se reducirá, además, el peligro de que aparezcan convulsiones en el paciente, que es una complicación que suele aparecer cuando tenemos este tipo de afecciones cerebrales, por lo mismo que hemos comentado anteriormente, la compresión de las estructuras cerebrales puede causar convulsiones, así como otros daños importantes, incluso la muerte. Un incremento de la PIC conlleva un peligro de la alteración de los pares craneales, es decir, de los nervios del cerebro, ya que al aumentarse la presión dentro del cráneo hay un peligro considerable de lesiones cerebrales, aunque estas consecuencias raramente se presentan. Por lo que la reducción del incremento de la presión intracraneal limita las lesiones nerviosas, que por otra parte pueden ser provocadas a la hora de realizar la exéresis del tumor.

Otra de las complicaciones más importantes y con la que hay que llevar mucho cuidado son las dificultades respiratorias, las cuales se pueden presentar en diversas maneras: depresión respiratoria, Barotrauma, broncoaspiración, edema subglótico, etc.; ya sea por el incremento de la PIC o por la intubación orotraqueal y la ventilación mecánica. Pero en este caso no se tratará como principal y la controlan en mayor parte los anestesiólogos.

Es por esto, por lo que, en el momento consideramos que la complicación potencial más importante en este caso es el incremento de la presión intracraneal.

4 Discusión-Conclusión

Como cualquier profesional sanitario, sabemos que es un tema que nos toca muy adentro, en nuestra profesión al ser los niños pacientes, con menos capacidad de hablar o expresar cómo puede ser un adulto, a la hora de lo que les duele o lo que sienten, con lo cual nuestro trabajo además de la presión emocional y psicológica, existe la incertidumbre de si lo estamos realizando correctamente, a esto se

le añade y que no podemos obviar la actitud de la familia en cuanto al problema y saber estar , para ayudarles a evitar actitudes negativas como puede ser la sobreprotección o el sentimiento de culpa, en nuestro cometido lo más relevante será atender de forma correcta y adecuada al recién nacido en las condiciones descritas en el caso clínico, y como ya expusimos el control de las complicaciones anterior y posterior a la intervención deben ser nuestra prioridad.

5 Bibliografía

1. González Carrión P. Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. Nure Investigación [Internet]. 2005 [Citada 18 Ene 2014]; (16): 1-15.
2. Navajas Gutiérrez A. Neurooncología pediátrica. Rev Neurol [Internet]. 2006 [Citada 18 Ene 2014]; 43 (2): 88-94.
3. Navajas A, Peris R. Tumores de la infancia: consideraciones epidemiológicas y terapéuticas. JANO [Internet]. 2007.
4. Villarejo F, Martínez Lage JF. Tumores cerebrales en niños. Pediatr Integral [Internet]. 2012.
5. Chico-Ponce de león F, Castro-Sierra E, Perezpeña- Diazconti M, Gordillo Domínguez LF, Santana-Montero BL, Rocha-Rivero LE, et al. Tumores intracraneanos del niño. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2006 [Citado 18 Ene 2014]; 63 (6): 367-381.
6. López-Aguilar E, Sepúlveda-Vildósola AC, Rioscovian-Soto AP, Diego-PerezRamirez J, Siordia-Reyes G. Tumores cerebrales en pediatría. Estado actual del diagnóstico y tratamiento. GAMO [Internet]. 2011 [Citado 18 Ene 2014]; 10 (1): 41-45.
7. Coserria Sánchez JF, Garrido Ocaña AI, Quiroga Cantero E, Reina González AM, Amadeu Da Costa AP, García Zarza N. Clínica de presentación de los tumores del sistema nervioso central en función de la edad. An Pediatr.
8. Vazquez Román S, Martínez Antón A, Llorente Otones L, Rojo Conejo P, Hijos Bernal J. Síntomas y signos iniciales de los tumores cerebrales pediátricos. Neurol Supl [Internet]. 2008 [Citado 19 Ene 2014]; 23 (0): 0-7.
9. Martínez Gonzalez MJ, García Ribes A, Garaizar Axpe C. Tumores cerebrales infantiles: diagnóstico y semiología neurológica. En: Narbona García J, Casas Fernández C, coordinadores. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría [Internet]. 2nd ed. España: Asociación Española de Pediatría; 2008. [Citado 19 Ene 2014]; 203-209.

10. Clavo Varas B, Robaina Padrón F, Macías Verdes D, González Machín G, Hernández Martín MA, Lara Jiménez PC. Tumores del sistema nervioso central (SNC). Biocáncer [Internet]. 2004 [Citado 19 Ene 2014]; 1: 1-18.
11. Saleem SN. Fetal MRI: An approach to practice. J And Res [Internet]. 2013 [Citado 20 Ene 2014]: 1-17.
12. Hart MG, Grant R, Melcalfe SE. Biopsy versus resection for high grade glioma. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2011 [Citado 20 Ene 2014]; 2: 1-21.
13. Serradas Fonsecas M. Colaboración interdisciplinaria en la atención del niño-con cáncer y su familia. Rev Venez Oncol [Internet]. 2010 [Citada 20 Ene 2014]; 22 (3): 174-186.
14. Bernabeu J, Fournier C, García-Cuenca E, Moran M, Plasencia m, Prades O, et al. Atención interdisciplinar a las secuelas de la enfermedad y/o tratamientos en oncología pediátrica. Psicooncología [Internet]. 2009 [Citada 20 Ene 2014]; 6 (2-3): 381-411.
15. López-Ibor B. Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer. Psicooncología [Internet]. 2009 [Citada 20 Ene 2014]; 6 (2-3): 281-284.
16. Celma A. Psicooncología infantil y adolescente. Psicooncología [Internet]. 2009 [Citada 20 Ene 2014]; 6 (2-3): 285-290.
17. Bernaus Poch E, Deza Garrote C. El niño con proceso oncológico. En: Blasco RM. Enfermería Pediátrica. 1a ed. Barcelona: Masson; 2003. p.443-470.
18. Hinojosa J, Esparza J, Muñoz MJ, Muñoz A. Tumores cerebrales congénitos: presentación de nueve casos y revisión de la literatura. Neurocirugía [Internet]. 2003 [Citado 19 Ene 2014]; 14: 33-44.
19. Ortega-Aznar A, Jiménez-León P, Martínez E, Romero-Vidal FJ. Aspectos clinicopatológicos y moleculares de valor diagnóstico y pronóstico en gliomas. Rev Neurol [Internet]. 2013 [Citado 20 Ene 2014]; 56 (3): 161-170.

Capítulo 30

CIRUGÍA BARIÁTRICA Y CALIDAD DE VIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

MARCO ALDONZA TORRES

VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ

VIRGINIA ALBERO GARRIDO

OLAIA TORRES ERICE

MARÍA CORREAS MARÍN

1 Introducción

La obesidad supone hoy en día un problema para la salud pública tanto por el aumento de su prevalencia como por las comorbilidades asociado a la obesidad. La prevalencia de obesidad en España ha experimentado un aumento significativo en los últimos años. En el año 2000 la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) estimó la prevalencia de obesidad en España, obteniendo que el 14.5% de la población la padecía (1). En 2005, el estudio DORICA obtuvo una prevalencia de obesidad del 15.5% en la población general adulta (2). El estudio ENRICA realizado en 2008 obtuvo una prevalencia de obesidad del 22.9% en la población (3). El estudio de prevalencia de la obesidad más reciente, el estudio ENPE de 2016, estima la prevalencia de la obesidad en 21.6%, siendo ésta mayor en varones que en mujeres (22,8% frente a 20,5%) (4). A estas elevadas tasas de

prevalencia de la obesidad hay que añadir el riesgo para la salud que conlleva, puesto que el aumento de peso está asociado a mayor mortalidad por todas las causas (5,6) así como a un aumento de la morbilidad (7). Todo ello provoca un detrimento de la calidad de vida de la persona que padece obesidad (8).

Según la SEEDO, existen diferentes opciones terapéuticas para el tratamiento de la obesidad, en función del grado de obesidad, de la existencia de comorbilidades y del resultado de tratamientos previos. El tratamiento de elección es el cambio de hábitos dietéticos, adoptar dieta hipocalórica y aumentar la actividad física, buscando un déficit calórico que permita la pérdida de peso. Si la dieta y el ejercicio no lograsen una pérdida efectiva de peso, se puede asociar tratamiento farmacológico, como la liraglutida o el orlistat. Para aquellos casos de obesidad extrema, moderada si asocia comorbilidades previas, o que no responde a otras opciones de tratamiento, la cirugía bariátrica es la opción terapéutica a considerar, puesto que permite a las personas con obesidad una pérdida de peso efectiva, mejorando su calidad de vida (9).

2 Objetivos

Valorar los cambios clínicos y de calidad de vida de una persona sometida a cirugía bariátrica, comparando el estado basal previo a la cirugía con los datos de seguimiento después de 6 y 12 meses tras la cirugía.

3 Caso clínico

Se ha realizado el seguimiento de un caso clínico de un paciente sometido a cirugía bariátrica durante 12 meses tras la cirugía, seleccionando un paciente ingresado en el Complejo Hospitalario de Navarra. Se han recogido variables clínicas como antecedentes personales, peso, talla e IMC. Para el análisis de calidad de vida se ha recurrido al cuestionario EQ-5D-5L, desarrollado por EUROQoL y validado en España, cumplimentándose el mismo de manera previa a la cirugía, a los 6 y a los 12 meses de la cirugía. Este test es una herramienta para detectar posibles problemas o limitaciones en cinco dimensiones distintas, como son la movilidad, el autocuidado, las actividades básicas de la vida diaria (trabajar, estudiar, hacer las tareas del hogar...), el dolor y la ansiedad. Cada dimensión se divide a su vez en cinco niveles distintos: sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas fuertes, problemas extremos e incapacitantes. Por último, incluye una escala visual analógica donde los individuos valoran subjetivamente su estado de salud entre 0 y 100.

Caso clínico: Paciente de 35 años, con antecedentes personales de dislipemia, sin otros antecedentes de interés (no presenta diabetes, hipertensión ni síndrome de apnea del sueño). Se optó por una cirugía en dos tiempos, realizando una gastrectomía vertical para completar posteriormente con un by-pass superado el año de la primera operación. La intervención se realizó satisfactoriamente, sin presentar complicaciones postquirúrgicas. La estancia de ingreso fue corta, recibiendo el alta el 5º tras la cirugía.

Las variables clínicas estudiadas se describen en la tabla 1, destacando una gran pérdida ponderal en el peso, con una disminución de 61.5 kilogramos, suponiendo una pérdida de masa total del 41.55% respecto al peso previo. De la misma manera, se ha producido Una pérdida de casi 23 puntos en el índice de masa corporal, pasando de un IMC de 55 a 32.2; o lo que es lo mismo, pasando de una obesidad extrema de grado IV a una obesidad leve de grado I según la clasificación de la obesidad de la SEEDO. Asimismo, también se ha producido un descenso importante en los perímetros de la cintura, la cadera, y el índice cintura-cadera, parámetros de estimación del riesgo cardiovascular (tabla 1).

En cuanto a la calidad de vida, se puede apreciar una disminución importante en la presencia de problemas en cuatro de las dimensiones. De esta manera, hay menor presencia de problemas para caminar, para realizar el autocuidado y las actividades básicas de la vida diaria, al igual que disminuye la intensidad del dolor cotidiano, desapareciendo tras 12 meses de la cirugía. La percepción del estado de salud también mejora tras la cirugía respecto al estado basal previo, pasando de una puntuación subjetiva del estado de salud de 30 sobre 100, a 75 sobre 100 tanto a los 6 como a los 12 meses (tabla 2).

VARIABLE	PREVIO	POST 6 MESES	POST 12 MESES
PESO	148	115.9	86.5
IMC	55.0	43.1	32.2
PERIMETRO CINTURA	166	129.5	103.5
PERIMETRO CADERA	159.6	123.3	107.8
INDICE CINTURA CADERA	1.04	1.05	0.96

Tabla 1. Comparación de las variables antropométricas estudiadas.

DIMENSION	PREVIO	POST 6 MESES	POST 12 MESES
Problemas para caminar	Leves	Sin problemas	Sin problemas
Problemas para el autocuidado	Fuertes	Sin problemas	Sin problemas
Problemas para actividades básicas	Moderados	Leves	Sin problemas
Intensidad del dolor/malestar	Moderados	Leves	Sin dolor
Ansiedad/depresión	Leve	Leve	Leve
Puntuación nivel de salud	30	75	75

Tabla 2. Comparativa de los resultados del cuestionario de calidad de vida antes y después de la cirugía.

4 Discusión-Conclusión

Según este caso clínico, desde los primeros meses tras la cirugía se experimenta una pérdida de peso importante, proceso mantenido incluso durante los siguientes 12 meses. De la misma manera, los perímetros de la cintura y la cadera disminuyen, quizá en mayor medida el perímetro de la cadera que el de la cintura. Esto podría estar relacionado con la existencia de un faldón cutáneo abdominal tras una pérdida de peso drástica.

De la misma manera, se puede observar una mejoría en la calidad de vida en este caso clínico en concreto. En comparación con la situación basal, a los seis meses de la cirugía existen menos limitaciones y menos problemas en la movilidad, el autocuidado y la realización de las actividades básicas de la vida diaria, así como una menor intensidad del dolor cotidiano, aunque persiste dolor leve y ciertos problemas en la realización de las actividades cotidianas. No es así en la revisión de los 12 meses, donde desaparecen por completo esas limitaciones y el dolor cotidiano. La visión subjetiva del estado de salud según la escala del test EQ5D también mejora drásticamente, experimentando mayor cambio en los primeros meses para posteriormente entrar en una fase de mantenimiento. Cabe destacar

que el nivel de ansiedad cotidiano no ha experimentado cambios tras la cirugía. La cirugía bariátrica supone una alternativa en el tratamiento de la obesidad, especialmente indicada para casos extremos o que no responden a otras opciones terapéuticas, permitiendo una pérdida de peso rápida y efectiva de manera segura. Sin embargo, este estudio se ha realizado mediante el seguimiento de un único caso clínico. Por lo tanto, es recomendable la realización de estudios más amplios que valoren la calidad de vida en personas sometidas a cirugía bariátrica.

5 Bibliografía

1. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Majem LS, Barba LR, Izquierdo JQ, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(16):608-12.
2. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem L, Foz-Sala M, Moreno-Esteban B, Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(12):460-6.
3. Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Graciani A, Bane-gas JR, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: The ENRICA study. *Obes Rev*. 2012;13(4):388-92.
4. Aranceta-Bartrina J, Perez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Lazaro-Masedo R. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española: estudio ENPE. *Rev Española Cardiol*. 2017;69(6):579-87.
5. Cameron A, Magliano D, Shaw J, Zimmet P, Carstensen B, Alberti K. The influence of hip circumference on the relationship between abdominal obesity and mortality. *Int J Epidemiol*. 2012;41:484-94.
6. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373:1083-96.
7. Grimble RF. The true cost of in-patient obesity: Impact of obesity on inflammatory stress and morbidity. *Proc Nutr Soc*. 2010;69(4):511-7.
8. Slagter SN, Van Vliet-Ostaptchouk J V., Van Beek AP, Keers JC, Lutgers HL, Van Der Klaauw MM, et al. Health-Related quality of life in relation to obesity grade, type 2 diabetes, metabolic syndrome and inflammation. *PLoS One*. 2015;10(10):1-17.
9. Caixàs A, Villaró M, Arraiza C, Montalvá JC, Lecube A, Fernández-García JM, et al. SEEDO-SEMERGEN consensus document on continuous care of obesity between Primary Care and Specialist Hospital Units 2019. *Med Clin (Barc)*.

2020;155(6):267.e1-267.e11.

Capítulo 31

INTERVENCION DEL ENFERMERIA ANTE LA TERAPIA DE DESBRIDAMIENTO LARVAL

ANA FERNÁNDEZ PÉREZ

SANDRA GARCIA SÁNCHEZ

JUDITH ÁLVAREZ RIESGO

1 Introducción

En la actualidad el tratamiento de las heridas crónicas o quirúrgicas avanza a pasos agigantados. Los cuidados han de ser básicos o avanzados dependiendo de la edad, la patología y cuidados del paciente.

Una herida crónica se define como una pérdida de continuidad de la superficie epitelial con pérdida de sustancia con escasa o nula tendencia a la curación espontánea y que requiere períodos muy prolongados para su cicatrización por segunda intención.

Las úlceras y heridas crónicas son un grave problema sanitario, disminuyen la calidad de vida del paciente y aumentan su morbimortalidad, por ello es importante sobre todo el prevenirlas y curarlas. Hay muchos tratamientos convencionales para tratar las heridas crónicas, algunos son conocidos otros menos pero llama la atención que la utilización de la terapia larval no esté tan valorada como el resto de las técnicas.

El desbridamiento lavar también puede ser conocido, como terapia de larvas, terapia de gusanos, terapia de desbridamiento por larvas o biocirugía es una terapia

en la que se utilizan larvas estériles criadas en laboratorios especiales de la mosca *Lucilia sericata* (antes *Phaenicia sericata*) para limpiar tejidos necrosados (muertos). Es una técnica que debe ser empleada por el profesional que conozca como se aplica y por supuesto como se genera el desbridamiento.

2 Objetivos

- Conocer la intervención que realiza la enfermera para la realización y actuación de una terapia de desbridamiento larval en un paciente.

3 Metodología

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

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre la intervención y técnica empleada en el desbridamiento larval.

Palabras clave: cuidados, desbridamiento, larvas, enfermería

4 Resultados

- En este tema la revisión bibliográfica, se incluyen artículos de los textos los cuales nos explican que tipo de cuidados, intervenciones etc. puede realizar la enfermería ante la técnica de desbridamiento larval.
- Enfermería lo primero que debe realizar es la preparación del lecho de la herida para ello se emplea el TIME T: control del tejido no viable. I: control de la inflamación y de la infección. M: control del exudado. E: estimulación de los bordes epiteliales.
- En el momento que realice una valoración de la herida a tratar Enfermería debe realizar una cura de limpieza con suero fisiológico, prontosan etc. para dejar la herida correctamente preparada para la técnica.
- La enfermera debe conocer que no se puede aplicar en algunos casos como las de infección o que el paciente tenga alguna patología que se pueda agravar y puede llegar a una complicación mayor en este paciente.
- Tras realizar la limpieza se comenzará con el desbridamiento larval para ello se colocan en el lecho de herida y las larvas salen del apósito para alimentarse del

tejido desvitalizado. Hay que proteger la piel perilesional con óxido de zinc, para contrarrestar los efectos del exudado.

- Tras colocar este desbridamiento se recubrirá con vendaje o apósitos. Tras este acontecimiento la enfermera deberá controlar constantes vitales, saturación etc. de forma que no tenga ningún parámetro alterado. Si aparece algún parámetro de esta forma se interrumpirá la técnica, se colocará una cura convencional y se registrará lo acontecido en la historia clínica del paciente.
- En caso de que el desbridamiento funcione y la técnica sea completada se observará que la herida va a ser completamente diferente ya que la técnica habrá retirado todo el esfacelo etc.

5 Discusión-Conclusión

Es una técnica que como se ha podido observar por varios estudios de ensayos clínicos ha mostrado eficacia con lo cual es una lástima que no sea realizado en la mitad de las heridas crónicas.

Enfermería debe conocer cada aspecto y paso antes de la aplicación de la técnica para evitar un uso indebido de esta técnica.

Como se ha podido observar el uso del desbridamiento larval también tiene inconvenientes no se puede administrar a cualquier paciente. En síntomas o signos de infección o cuando el paciente tenga alguna patología que pueda llegar a agravar su situación basal con el desbridamiento de larvas.

6 Bibliografía

- Jiménez Hernández F, Douriet Marín FA, Salgado Alaniz MC. Larvaterapia. Rev Cent Dermatol Pascua [Internet]. 2013;22(3):100-105.
- Blueman D, Bousfield C. The use of larval therapy to reduce the bacterial load in chronic wounds. J Wound Care [Internet]. 2012;21(5):244-253.

Capítulo 32

ENFERMERA DE URGENCIA ANTE LA INTOXICACIÓN ETÍLICA

ADELA RUIZ MUÑOZ

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

ELENA MELERO MORENO

MARTA MONESCILLO CABALLERO

1 Introducción

Una de las urgencias más habituales en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, sobretodo los fines de semana, es la intoxicación etílica. Hoy en día la toma de bebidas alcohólicas se ha convertido en algo normal, habitual en cada celebración o fiesta. Es fácil que la gente beba en exceso en un corto intervalo de tiempo superando así la tolerancia individual de cada persona. Convirtiéndose en la causa de intoxicación más habitual en los servicios de urgencias. Dependiendo de la fase o gravedad del cuadro se presenta con un conjunto de síntomas que nos dirigen hacia un diagnóstico de ésta. Su conocimiento y el manejo de estos son de vital importancia para la práctica enfermera y evitando así posibles complicaciones.

La intoxicación etílica aguda y las lesiones asociadas al consumo de alcohol son un importante problema de salud pública, convirtiéndose en una parte importante de la carga de enfermedad mundial y asociándose a una mayor tasa de

mortalidad. Suponiendo así un importante gasto de los recursos sanitarios con su gran coste asociado.

Poniendo un ejemplo, en España, según los datos publicados por el Observatorio Español de Drogas y Adicciones en 2018 (referente a los datos del 2016) el alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo (77,6%), seguido del tabaco (40,2%) y los hipnosedantes(12%).

2 Objetivos

Conocer el abordaje enfermero a llevar a cabo ante un paciente que llega al servicio de urgencias hospitalarias con un cuadro de intoxicación etílica.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda y revisión bibliográfica en las principales bases de datos y paginas webs de ciencias de la salud: Pubmed, Medline, Cochrane, Lybrary Plus, Cuiden Clinicalkey, Fisterra y Google Academico. Para encontrar la mejor y más actualizada evidencia científica disponible sobre el abordaje enfermero de las intoxicaciones etílicas agudas en los servicios de urgencias.

Palabras clave: Intoxicación etílica aguda, alcohol, urgencias, manejo, enfermería

4 Resultados

El concepto de alcohol, es el nombre común que recibe el etanol o alcohol etílico, la cual se absorbe en un 80% en el intestino delgado y un 20% en el estómago, desde el primero momento de su llegada al plasma sanguíneo comienza su eliminación. La mayor parte de esta eliminación se produce a nivel hepático, pero no debemos olvidar que también se elimina en otros lugares como mucosa intestinal, sudor, orina, saliva y aliento.

Hablamos de alcoholemia como la cantidad de alcohol presente en sangre, y se ve influida por la cantidad en unidad de tiempo, y su eliminación. Existen distintos factores que influyen directamente sobre la eliminación, como el contenido estomacal previo, contra menos contenido más rápido la absorción y el paso al torrente sanguíneo, y también es importante la cantidad de bebida alcohólica ingerida, así como su clase y graduación.

En contraposición con estudios antiguos que mencionan que un consumo moderado y regular de alcohol podría tener efectos beneficiosos, un estudio realizado

en la Universidad de Washington en 2018, sentenció que el alcohol es un factor de riesgo que supone una pérdida de salud.

El consumo de alcohol puede afectar negativamente en más de 60 enfermedades como: el cáncer, enfermedades infecciosas, endocrinas y metabólicas, mentales, neurológicas, cardiovasculares, digestivas, maternas y perinatales. Se ha demostrado que el alcohol es tóxico, afectando a la expresión génica del ADN y en la formación de radicales libres.

Centrándonos en la Intoxicación Etilica Aguda (IEA).

Su abordaje requiere una exploración física, una evaluación exhaustiva del nivel de conciencia y del estado neurológico (escala de Glasgow), una monitorización de las constantes vitales y de la diuresis, se deben realizar controles de glucemia capilar, electrolitos y gasometría cada 4 horas para valorar la progresión de la intoxicación. Las pruebas diagnósticas más utilizadas en estos casos son: la prueba de alcoholemia, la analítica general de sangre y la determinación de metabolitos de drogas psicoactivas en la orina. En el caso de que exista alteración del nivel de conciencia o sospecha de traumatismo asociado, la exploración se completará con un electrocardiograma y con pruebas de imagen. Debemos colocar al paciente en posición lateral de seguridad, para prevenir la broncoaspiración, canalizar una vía periférica del mayor calibre posible y usar un lenguaje simple, directo y concreto. La valoración constante del paciente y conocer las posibles complicaciones en que pueda derivar el cuadro, nos ayudara a una pronta actuación ante las posibles complicaciones y a una mejor calidad asistencial.

El tratamiento de elección para la IEA aunque la orden siempre será por parte del personal médico responsable, es necesario por parte del personal de enfermería conocer su majero e indicaciones. Sería:

- 100 mg de tiamina (vitamina B1) por vía parenteral o mejor intramuscular para favorecer el metabolismo del alcohol y prevenir la encefalopatía de Wernicke .
- Pieidoxina (vitamina B6), vía intravenosa.
- Metoclopramida, en el caso de náuseas o vómitos.

117

- En el caso de hipoglucemia, se corregirá lo más rápido posible mediante administración de glucosa oral si el nivel de conciencia lo permite o de suero glucosado al 5% o al 10% . Se recomienda administrar la tiamina antes de la glucosa ya que ésta necesita de la vitamina B1 para su metabolismo y si no se aporta se pueden agotar sus reservas en el paciente alcohólico.

Las complicaciones derivadas requerirán la administración de determinados fármacos:

- Para contrarrestar la deshidratación y mantener la diuresis, se administraran

líquidos por vía intravenosa.

- En el caso de colapso circulatorio, se requerirá la administración de expansores del plasma.
- Si existe hipotensión severa, se puede llegar a necesitar la administración de drogas inotrópicas.
- Si hay depresión respiratoria, se intubará e iniciará la ventilación mecánica.
- Si la concentración de alcohol en sangre fuese muy alta, exista un pH arterial menor de 7 o si se ha ingerido de forma concomitante otros alcoholes tóxicos, se trataría con hemodiálisis.
- En el caso de cuadro de acidosis metabólica (pH menor de 7,20), se tratará con bicarbonato 1M, y se repetirá la gasometría pasada una hora de su administración. Durante el abordaje es fundamental garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal sanitario para evitar lesiones, puesto que un estado de agitación y agresividad suele ser común. Se debe crear un ambiente tranquilo, aislado y seguro; el tratamiento de elección es el haloperidol.

La escasez de estudios sobre abordaje enfermero de la IEA en el ámbito de urgencias, Ratifica la necesidad de crear instrumentos o escalas que faciliten y guíen la detección de signos y complicaciones características del consumo de alcohol.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente hemos llegado a la conclusión de que la aplicación de intervenciones de educación para la salud en atención primaria, puede concienciar a la población sobre sus patrones de consumo para reducirlos y, por tanto, disminuir los ingresos en urgencias. Una intervención breve dirigida por enfermeras en el ámbito escolar podría ser una estrategia eficaz para reducir el consumo de alcohol entre los adolescentes.

El aumento de las visitas a los servicios de urgencias por problemas relacionado con el alcohol unido a la experiencia negativa vivida por los pacientes, nos ofrece la oportunidad de implementar intervenciones sanitarias para reducir el consumo de alcohol en esta población. Aunque existen algunos cuestionarios, la realidad es que en la práctica clínica diaria su aplicación es difícil debido al breve tiempo que permanecen estos pacientes en urgencias. Por ello, se recomienda la creación de herramientas simples, rápidas y útiles para ser aplicadas en el ámbito de urgencias que permitan identificar el nivel de consumo de alcohol de riesgo. Tras la lectura de todos los documentos usados para la revisión hemos podido comprobar la escasa formación de los profesionales de enfermería en materia de alcohol y drogadicciones, así como, la falta de estudios que se centren exclusivamente en

el abordaje enfermero de la IEA en el contexto de urgencias, lo que deja muchas líneas de investigación abiertas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 33

ENFERMERIA LOS INOTRÓPICOS Y VASOPRESORES COMO ESTRATEGÍA EN EL SHOCK

ADELA RUIZ MUÑOZ

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

MARTA MONESCILLO CABALLERO

ELENA MELERO MORENO

1 Introducción

El shock es un síndrome caracterizado por producir un trastorno de la perfusión sistémica que da lugar a hipoxia celular y disfunción en los órganos vitales. El shock se considera uno de los problemas más importantes en la medicina ya que presenta una elevada tasa de mortalidad que actualmente ronda la cifra del 10% incrementándose al 15% por cada fallo de órgano adicional.

Existen diferentes tipos de shock cuyo diagnóstico precoz es fundamental para iniciar un tratamiento adecuado. Una reanimación inmediata y una adecuada administración de fluidos mejoran el estado hemodinámico del paciente.

El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) se define como la respuesta del organismo a determinados estímulos que pueden ser infecciosos o no. Existen determinados criterios clínicos para determinar la presencia de SRIS,

temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$, frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos/minuto, hiperventilación con frecuencia respiratoria >20 respiraciones/minuto o PaCP2 y recuento de leucocitos con más de 12.000 o menos de 4.000/mm³.

La mortalidad en pacientes que no cumplen ningún criterio SRIS se estima en el 3%, con dos criterios el 7%, con tres criterios el 10%, y con cuatro criterios asciende al 17%.

De forma paralela se debe iniciar tratamiento con vasopresores en caso de hipotensión siendo droga de elección la noradrenalina o con inotrópicos en caso de alteraciones de la contractibilidad cardíaca. Se ha tratado de documentar con qué tipo de droga vasoactiva se observa menor tasa de mortalidad, habiendo muchas investigaciones que apoyan el inicio del tratamiento con noradrenali

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Conocer los aspectos clínicos, diagnósticos, así como el tratamiento de los distintos tipos de shock.
- Explicar el manejo de vasopresores e inotrópicos en el tratamiento actual del shock.
- Comparar la Noradrenalina y Dopamina como tratamiento inicial del shoc

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva. La búsqueda se ha limitado a artículos con texto completo tras ser leídos de forma crítica.

Para dicha búsqueda se han utilizado diferentes fuentes de información, bases de datos tales como Pubmed y Scielo, artículos científicos, manuales, guías de práctica clínica y Google académico.

La estrategia de búsqueda se realizó por medio de operadores booleanos como shock, sepsis, vasopresores o inotrópicos entre otros que nos permiten agrupar la información y realizar búsquedas más rápidas y precisas.

4 Resultados

Se analizaron los aspectos clínicos del shock que varían significativamente dependiendo de la fase del shock en la que se encuentre el paciente o dependiendo

de la gravedad del shock. Un diagnóstico adecuado servirá para el abordaje de los síntomas de forma precoz, esto se realizará mediante la historia clínica del paciente, exámenes clínicos y exámenes auxiliares.

Existe un tratamiento especializado para cada tipo de shock siendo el tratamiento de primera línea en todos ellos la reposición hídrica para restablecer el buen estado hemodinámico del paciente.

En la actualidad la mayor tasa de mortalidad corresponde al shock cardiogénico, seguido del séptico y por último el hipovolémico.

Existen diferentes fármacos que mejoran el estado del paciente, los vasopresores mejoran la tensión arterial y los inotrópicos mejoran la contractibilidad cardíaca, se analizan los puntos a favor y en contra de cada uno de ellos, pero la elección del mejor fármaco para cada paciente dependerá de la opinión del facultativo que la prescriba.

Se ha comprobado que la noradrenalina produce menores efectos adversos que la dopamina para el restablecimiento de la tensión arterial por lo tanto será el tratamiento de elección.

Por otra parte se realizó una nueva revisión bibliográfica para comparar la eficacia de la noradrenalina frente a la dopamina en el tratamiento del shock en el que se escogieron 8 artículos científicos en los cuales se demuestra que fármaco posee mayor tasa de mortalidad y cual menos.

Tras comparar dichos artículos se puede observar que la tasa de mortalidad es mayor en pacientes tratados con dopamina, lo cual está también relacionado con los efectos adversos que producen ambos fármacos en el organismo que son menores con el uso de noradrenalina.

La dobutamina se considera la droga de elección en el shock séptico ya que mejora el gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca y la contractibilidad, puede mejorar también la tensión arterial pero se recomienda utilizar junto a la noradrenalina que potencia sus efectos.

La vasopresina se utiliza como droga de segunda línea cuando no se logran los objetivos terapéuticos con noradrenalina.

5 Discusión-Conclusión

Durante décadas han salido a la luz gran variedad de guías y manuales para manejar el shock en cualquiera de sus formas y con ello aumentar la supervivencia de los pacientes, a pesar de esto las tasas de mortalidad siguen siendo altas por lo que seguir investigando a cerca del shock constituye un papel fundamental para mejorar la calidad de vida de nuestra población.

El uso de drogas vasoactivas e inotrópicas constituye un pilar fundamental para el tratamiento del shock y mantener la hemodinámica del paciente.

La noradrenalina se considera el fármaco vasopresor de primera línea en el tratamiento del shock ya que mejora la tensión arterial sin deteriorar el gasto cardíaco a diferencia de la dopamina que produce más alteraciones a nivel cardíaco como arritmias y taquicardia. La adrenalina se considera la droga de última línea para el tratamiento del shock ya que aumenta las concentraciones de lactato en el organismo. Sería de gran ayuda para el mantenimiento de la tensión arterial siempre que se use a dosis bajas y combinado con otro vasopresor como la noradrenalina.

6 Bibliografía

1. Álvarez F. Manejo del shock en la UCI [Manual de internet]. Hospital universitario de Canarias; 2010 [citado 16 Enero 2021].
2. Singer M; Deutschman CS; Seymour CW. New definitions for sepsis and septic shock [Internet]. Nueva York; 2016 [citado 19 Enero 2021]: 801-810.
3. Vera O. Fármacos vasoactivos e inotrópicos en el tratamiento del shock séptico [Revista de internet]. Facultad de medicina-universidad mayor de San Andrés; 2016 [citado 19 Enero 2021]: 51-58.
4. De la Cruz C, Estechea A. Shock séptico [Manual de internet]. Servicio de Anestesiología y Reanimación, Medicina Intensiva Hospital Virgen de la Victoria Málaga; 2010 [citado 22 Enero 2021].
5. Piacentini E, Ferrer R. Sepsis grave y shock séptico: todo hecho, todo por hacer [Revista de internet]. Universidad de Barcelona; 2012 [citado 28 Enero 2021]: 245-246.

Capítulo 34

HIPOFUNCIÓN DEL TIROIDES: ENFERMERÍA

ADELA RUIZ MUÑOZ

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

ELENA MELERO MORENO

MARTA MONESCILLO CABALLERO

1 Introducción

La tiroides es una glándula con forma de mariposa situada por debajo de la laringe que se encarga de secretar tres hormonas con funciones esenciales para el funcionamiento del organismo. Estas hormonas son: tiroxina (T4), triyodotironina (T3) y calcitonina.

Las hormonas T3 y T4 tienen una función semejante. Sin embargo, la T3 es hasta cuatro veces más potente, pero se encuentra en menor cantidad circulando en sangre. Tienen efecto sobre el metabolismo de numerosos nutrientes.

Los efectos fisiológicos que presentan las hormonas tiroideas son muy numerosos e importantísimos, interviniendo prácticamente en todo el metabolismo intermediario. Es por esta razón que cualquier disfunción en la glándula produce también consecuencias en la mayoría de los sistemas del organismo.

En cuanto a las enfermedades provocadas por el mal funcionamiento del tiroides, destacan dos: la hipofunción del tiroides y el hipertiroidismo.

El hipotiroidismo es una patología en la cual la glándula tiroides no produce la cantidad necesaria de ciertas hormonas esenciales para nuestro organismo. En un primer momento el hipotiroidismo no tiene porque causar síntomas visibles durante las primeras etapas de la enfermedad pero con el tiempo si no es debidamente tratado y controlado puede causar muchos problemas de salud, como obesidad, dolor de articulaciones, infertilidad o enfermedad cardíacas.

2 Objetivos

Conocer como personal de enfermería en que consiste la hipofunción de la glándula del tiroides, así como los efectos y consecuencias que tiene el mismo sobre el organismo, como parte de nuestra formación esencial

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

Podemos distinguir cuatro formas, cada una de las cuales depende del lugar donde se produzca la disfunción.

Hipotiroidismo por resistencia a la acción de las hormonas tiroideas:

Es una patología genética que aparece con poca frecuencia. Consiste en una disminución de la sensibilidad tisular a las hormonas tiroideas debido a defectos en los receptores de las hormonas, por problemas en el transporte de las mismas o por defectos en la conversión de T4 en T3. Como consecuencia se produce un aumento de la hormona TSH.

- Hipotiroidismo primario:

Se trata de un mal funcionamiento de la glándula tiroides debido a varias causas, entre ellas trastornos congénitos en su formación; trastornos genéticos a la hora de sintetizar las hormonas; destrucción de la glándula por inflamación autoinmune, cirugía o radiación, o por déficit en el consumo de yodo a través de la alimentación.

En todos estos casos, la hipófisis aumenta la producción de TSH.

- Hipotiroidismo secundario:

El daño tiene lugar en la hipófisis y como consecuencia la TRH no tiene efecto en la hipófisis y por tanto los niveles de TSH son bajos al igual que los niveles de hormonas tiroideas.

- Hipotiroidismo terciario:

El problema se encuentra en el hipotálamo, donde la producción de TRH no es óptima y por tanto sus niveles son bajos. Como consecuencia, no se puede estimular a la hipófisis y tampoco al tiroides.

La falta en la producción de hormonas tiroideas, ya sea por problemas congénitos o bien por la falta de consumo de yodo a través de la dieta (es la causa más común de hipotiroidismo), afecta principalmente al crecimiento y a la maduración de los tejidos y órganos. Si esta hipoproducción tiene lugar en mujeres gestantes, se produce un aumento en riesgo de abortos, de nacimientos prematuros, numerosas anomalías en el feto y, en los casos más graves, hasta la muerte del neonato.

En niños pequeños, el hipotiroidismo puede causar bocio temprano, es decir, agrandamiento de la glándula tiroides, cuyo crecimiento máximo se alcanza en la adolescencia y es de mayor tamaño en chicas que en chicos. Además de este bocio, es común que afecte a la capacidad intelectual del niño, disminuyéndola, y a un retraso psicomotor. Por otro lado, en la persona adulta el hipotiroidismo también provoca bocio y mixedemas (acumulación de mucopolisacáridos en el espacio intersticial)

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal de enfermería que trabaja en un centro hospitalario, en qué consiste la patología del hipotiroidismo y cuáles son sus principales consecuencias.

Además del tratamiento farmacológico, deben seguirse unas pautas dietéticas adecuadas:

Consumo de yodo a través de la dieta, sobre todo cuando esta sea la causa del hipotiroidismo.

Evitar el consumo de alimentos bociógenos, aquellos que dificultan el aprovechamiento del yodo por parte del organismo, algunos ejemplos son la coliflor, el brócoli, el repollo o las coles de Bruselas entre otros.

También pueden ingerirse algunos alimentos que estén enriquecidos en yodo, como puede ser la sal común o el aceite yodado.

6 Bibliografía

1. Hipotiroidismo- Medline Plus- disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000353.htm>.
2. Hipotiroidismo- cinfa salud- Doctor Julio Maset, médico de Cinfa- 4 diciembre,2017- disponible en <https://cinfasalud.cinfa.com/p/hipotiroidismo>

Capítulo 35

ENFERMERÍA Y EL ESTRÉS EN EL NIÑO QUIRÚRGICO

SERGIO SANTOS TIRADO

ANTONIA DIAZ MUÑOZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES

ALMUDENA AROCA LOPEZ

1 Introducción

El estrés se define como toda amenaza real o percibida por el sujeto que puede causarnos un desequilibrio entre el organismo y su entorno. La respuesta al estrés se observa a través de cambios endocrinos, conductuales, inmunológicos, orgánicos, etc...El estrés tiene varios componentes a nivel físico, mental y espiritual. Todo componente de dolor que el niño viva es una situación estresante importante.. El dolor es diferente de un sujeto a otro en función de distintas variables tales como la educación, el aprendizaje, la expresión del dolor... Por eso, el personal sanitario debe considerar que si el niño expresa dolor es porque éste existe y nunca debe obviarlo o despreciarlo.

Según la edad del niño aparecen diversas formas de entender el proceso de enfermedad. El estrés no está relacionado con una causa concreta sino que depende de la relación entre el niño y su entorno, aunque es cierto que existen ciertos factores estresantes.

El estrés pediátrico se mide en base a experiencias observadas en áreas quirúrgicas como es el comportamiento del niño previo a entrar en quirófano.

Se asocian situaciones traumáticas relacionadas con el factor ansiedad que produce el estrés prequirúrgico. La ansiedad predispone a sufrir conmoción, intranquilidad, nerviosismo y preocupación.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de medir el nivel de estrés prequirúrgico en los pacientes pediátricos citados para algún tipo de intervención quirúrgica.
- Constatar que el acto quirúrgico en sí mismo es un factor estresante también para el propio personal médico.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación mediante un método observacional en niños que estaban ingresados para someterse a cirugías variadas.

Dicho estudio comprende desde el ingreso hospitalario, el día anterior o el mismo día del acto quirúrgico; antes de la entrada en el área de quirófano

4 Resultados

Nuestra muestra de estudio se realiza con niños que ingresan ambulatoriamente para someterse a cirugías menores y que mayormente, en el mismo día de la intervención quirúrgica regresarán de nuevo a su casa.

Debemos resaltar que esta situación estresante también la sufren las personas que acompañan al niño durante el ingreso hospitalario, que suelen ser ambos progenitores. También juegan un papel muy importante los padres para poder ayudarle al niño a enfrentarse al estrés o a las situaciones desagradables a las que se enfrentan en este contexto hospitalario.

Hay padres que les transmiten mayor ansiedad simplemente porque ellos también están muy angustiados y con mucho sufrimiento ante este suceso vital estresante al que su hijo tiene que enfrentarse.

Otros padres están más serenos y tranquilos y pueden acompañar a sus hijos y ayudarles a sobrellevar mucho mejor esta situación desconocida y estresante para padres y niños.

Influye y mucho sin duda, la personalidad del niño porque cuanto más nervioso e inquieto es el paciente, más estrés y desasosiego va a generar cualquier proceso al que se enfrente.

También es destacable el hecho de que experiencias previas o pasadas por parte de niños y/o padres en relación con algún acto quirúrgico u hospitalario facilita la relación entre niño y personal sanitario y resulta más llevadero para los padres. O el simple hecho de coincidir con otros niños que van a operarse de la misma patología que nuestro pequeño también nos alienta a darnos ánimos y pensar que todo va a salir bien.

El personal sanitario que trabaja en dichas unidades quirúrgicas debe valorar un poco este tipo de situaciones para poder anticiparse a las respuestas exageradas y negativas por parte de los padres y de los niños.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado de este estudio podemos concluir que cuando anticipamos o percibimos que un evento tan estresante como es el enfrentarse a una cirugía en un paciente pediátrico quirúrgico no es fácil de asimilar ni por el propio niño como paciente que es ni por su familia como acompañantes.

El grado de estrés es importante tanto en los niños como en sus progenitores, sobre todo, en el momento del ingreso en el ámbito hospitalario y el momento que precede el acceso al área quirúrgica para someterse a la cirugía planeada.

Se observa también una disminución del grado de estrés cuando el niño esté acompañado por un familiar o progenitor que le transmite seguridad y afinidad con él.

Los niños más pequeños no escolarizados o en edad preescolar han demostrado tener menor tolerancia al estrés

6 Bibliografía

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

Capítulo 36

ENFERMERÍA Y LA TÉCNICA MODAL EN LA CURACIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS

SERGIO SANTOS TIRADO

ANTONIA DIAZ MUÑOZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES

ALMUDENA AROCA LOPEZ

1 Introducción

El término herida quirúrgica puede definirse como; interrupción de la integridad cutánea con un fin terapéutico y/o reparador, que se desarrolla por personal sanitario con instrumental quirúrgico especializado en un ambiente aséptico, o incluso estéril.

La temprana curación de las heridas quirúrgicas, minimizando el dolor y previniendo complicaciones, como infecciones, dehiscencias quirúrgicas, aparición de flictenas, etc. debe ser uno de los principales objetivos que debe marcarse el personal que interviene en cada una de las etapas del proceso quirúrgico. Para ello resulta fundamental educar al paciente y sus familiares sobre los cuidados que debe recibir la piel intervenida, así como que los profesionales encargados de realizar las curas de la herida implementen a lo largo del postoperatorio y hasta

lograr una completa reparación de la integridad de la piel, de la metodología de cura más óptima, la cual aporte los mayores beneficios posibles, así como los menores riesgos.

Existen múltiples estudios que comparan los beneficios y resultados obtenidos con la cura en la que se emplean apósitos que favorecen un ambiente húmedo, frente a la cura tradicional seca, existiendo evidencia científica de que las heridas quirúrgicas agudas se ven favorecidas por la cura en ambiente húmedo. Sin embargo, también existe evidencia de que no todos los apósitos de cura en ambiente húmedo presentan la misma eficacia a la hora de abordar heridas quirúrgicas.

2 Objetivos

- Describir cómo se emplea la Técnica Mölndal.
- Identificar los beneficios de la Técnica Mölndal en la cura de heridas quirúrgicas.

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 Técnica Mölndal fue descrita por primera vez en la literatura científica por Agnetha Folestad en el año 2002, en Suecia, ya que los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas traumatológicas de los hospitales de Mölndal y Örebro fueron los primeros en beneficiarse de esta metodología de curación.

Para poder llevar a cabo esta técnica de curación se requiere del siguiente material:

- Campo quirúrgico estéril.
- Guantes estériles.
- Antiséptico (Clorhexidina alcohólica al 2%).
- Suero fisiológico.
- Instrumental quirúrgico estéril.
- Compresas.

- Apósito de hidrofibra hidrocoloide.
- Film transparente de poliuretano semipermeable.
- Producto barrera no irritante (opcional).

La Técnica Mölndal debe implementarse por primera vez en quirófano, inmediatamente después de haber suturado la herida quirúrgica y debe continuar realizándose, mediante técnica estéril, en cada uno de las siguientes curas, ya se desarrollen en entorno hospitalario o en un centro de salud.

El procedimiento para llevar a cabo la Técnica Mölndal se compone de cinco sencillos pasos:

- Preparar un campo quirúrgico estéril y colocarse los guantes estériles.
- Tras haber suturado la herida es necesario limpiarla con suero fisiológico, aplicar un antiséptico adecuado para piel no íntegra y dejar que éste se seque completamente esperando durante al menos 30 segundos.
- Posteriormente se cubre en su totalidad la incisión suturada empleando un apósito de hidrofibra hidrocoloide.
- Secar completamente el área perilesional para garantizar la correcta fijación del apósito secundario, empleando si fuera necesario un producto barrera no irritante.
- Sobre el apósito de hidrofibra hidrocoloide se coloca como apósito secundario un film transparente de poliuretano semipermeable.

El film de poliuretano transparente semipermeable aísla la herida de agentes externos, como líquidos o microorganismos, pero permite el paso de vapor de agua y oxígeno hacia la herida. Además, al ser transparente, permite un correcto seguimiento diario de la lesión sin necesidad de intercambiar los apósitos, lo que puede permitir espaciar las curas hasta siete días, salvo que se identifiquen complicaciones, como aparición de signos de infección, que el apósito de hidrofibra esté sobresaturado de exudado o que el film de poliuretano transparente se haya despegado.

Los principales beneficios asociados al empleo de la Técnica Mölndal pueden clasificarse en tres amplios grupos:

- Evitar complicaciones y favorecer el proceso de cicatrización: o Prevención de infecciones. o Prevención de colonización bacteriana. o Prevención de formación de flictenas en la piel perilesional. o Prevención de la maceración de la piel perilesional. o Prevención de dehiscencias quirúrgicas. o Disminución del edema tisular. o Disminución del hematoma postquirúrgico. o Disminución de la cantidad de exudado. o Disminución de la irritación de la piel perilesional. o Disminución del enrojecimiento de la piel perilesional.
- Optimizar recursos sanitarios: o Disminuir el coste económico. o Minimizar

el uso de apósitos y otros materiales de cura. o Reducir la carga de trabajo del personal de enfermería.

- Confort de los pacientes: o Reducción del dolor, tanto de la intensidad, como de la duración. o Espaciar el cambio de apósitos y por lo tanto, de la frecuencia de las curas. o Posibilidad de recibir antes el ALTA hospitalaria. o Posibilidad de realizar el seguimiento de la lesión en el centro de salud, en lugar de tener que desplazarse al hospital. o Favorecer la higiene corporal de los pacientes al permitir que puedan ducharse sin que se mojen los apósitos de cura. Además, no es necesario invertir tiempo en cubrir los apósitos de forma previa.

A pesar de que la evidencia científica demuestra que la Técnica Mölnal presenta numerosos beneficios que favorecen la curación de las heridas quirúrgicas agudas, muchos profesionales sanitarios continúan empleando la cura tradicional seca, siendo una de las principales razones la posibilidad de visualizar de forma más frecuente, en cada cambio de apósito, el aspecto de la lesión, así como de la piel perilesional.

5 Discusión-Conclusión

Sería recomendable formar al personal de enfermería, tanto de atención primaria como del ámbito hospitalario, acerca de la implementación de esta beneficiosa técnica, así como de sus múltiples beneficios, con el objetivo de que se desarrollase en los diferentes ámbitos de actuación asistencial frecuentados por pacientes con heridas quirúrgicas.

La evidencia actual permite afirmar que la técnica Mölnal es una práctica costoefectiva y de fácil aplicación, la cual disminuye de forma significativa las complicaciones de la herida quirúrgica, favorece su temprana curación y reduce la necesidad de realizar cambio de apósitos, lo que aumenta el confort de los pacientes y disminuye tanto los costes, como la carga asistencial de los profesionales de enfermería, por lo que es recomendable favorecer su uso con el objetivo de lograr una temprana y óptima cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes.

6 Bibliografía

1. López de los Reyes R, Vives Rodríguez E, Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Delgado Fernández R, Sanmartín Castrillón R, et al. Aplicación de la Técnica Mölnal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes. Formación dermatológica [INTERNET]. 2014 [Consultado 02 de noviembre de

2021]: 8 (21): 7-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4860730>.

2. Waltret L, White R. Surgical wound management: the role of dressings. Nurs Stand [Internet]. 2001 [Consultado 29 de octubre de 2021]: 15 (44): 59-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12212002/>.

3. Foster L, Moore P, Clark S. A comparison of hydrofibre and alginate dressings on open acute surgical wounds. J Wound Care [INTERNET]. 2000 [Consultado el 30 de octubre de 2021]: 9 (9): 442-445. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11933488/>

Capítulo 37

ENFERMERÍA Y UNA CRISIS EPILÉPTICA

SERGIO SANTOS TIRADO

ANTONIA DIAZ MUÑOZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES

ALMUDENA AROCA LOPEZ

1 Introducción

Una crisis epiléptica puede surgir de forma brusca e inesperada en la mayoría de casos, tanto en pacientes con la patología conocida previamente, como en aquellos con una crisis de inicio. Pueden surgir en cualquier momento y su duración puede ser de más o menos duración.

Es muy importante que el personal de enfermería tenga una formación para abordar estas situaciones y poder garantizar el correcto manejo de un paciente en esta situación, pudiendo así evitar posibles complicaciones en el paciente.

Las crisis epilépticas suponen entre el 1 y 2% de las urgencias médicas y son la segunda causa de consulta al servicio de neurología, no sólo por las propias crisis sino por los diferentes accidentes derivados de ellas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra que "la epilepsia es la segunda enfermedad neurológica en años de vida potencialmente perdidos o vividos con discapacidad".

Antiguamente, era considerada como una enfermedad “oscura”. En la actualidad, se van conociendo los diferentes mecanismos implicados en su aparición.

Sin embargo, continúa habiendo aspectos poco comprendidos que dificultan su diagnóstico y tratamiento, sobre todo al ser la epilepsia una enfermedad crónica en muchos casos.

Esta patología afecta a personas de todas las edades, aunque tiene una mayor incidencia en los primeros años de la vida y en la tercera edad. Se calcula que su afectación ronda a 1 de cada 100 personas, con unas 500.000 personas afectadas en España, según indican estudios recientes.

2 Objetivos

- Conocer las principales recomendaciones para actuar frente a una crisis epiléptica.
- Reconocer una crisis epiléptica y los diferentes tipos que podemos encontrarnos.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane, y se utilizó el buscador Google Académico. También se han revisado manuales, libros especializados en nefrología.

Palabras clave: insuficiencia renal, hemodiálisis, factores de riesgo de ERC, tratamiento, enfermedad renal crónica.

4 Resultados

La epilepsia es una enfermedad crónica cerebral que se reproduce mediante crisis espontáneas, recidivantes y con una sintomatología motora, psíquica y sensorial o vegetativa. Una crisis epiléptica es la consecuencia de una descarga de células de la corteza cerebral y se produce por la disfunción cerebral hipersincrónica de un grupo de neuronas hiperexcitables.

Cuando hay una única crisis se conoce como crisis epiléptica aislada o única y normalmente no es suficiente como para establecer el diagnóstico de paciente epiléptico.

Según la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) las crisis epilépticas se clasifican en:

1-Crisis generalizadas: afectan a los dos hemisferios cerebrales, pero no necesariamente a toda la corteza cerebral. Dentro de ellas se distinguen: a)Crisis tónico-clónicas: Comienza con una pérdida brusca del conocimiento seguido de rigidez en todas las extremidades (es la fase tónica de la crisis); en algunas ocasiones se acompaña de labios morados, mordedura de lengua, espuma por boca y relajación de esfínteres urinarios. Posteriormente hay unas sacudidas clónicas de las extremidades (fase clónica). Por último hay un estado de sueño profundo que puede ser más o menos duradero según haya sido de violenta la crisis. b)Crisis tónicas: Hay una pérdida brusca del conocimiento seguido de una convulsión tónica (similar a la fase inicial de las crisis tónico-clónicas). Suelen ser más cortas por lo que el periodo de desorientación posterior no suele darse. c)Crisis clónicas: Consiste en sacudidas de las extremidades de manera rítmica, tienen una frecuencia y duración variables y la conciencia se ve afectada según sea la duración de la crisis. d)Crisis mioclónicas: Consiste en una sacudida brusca y muy rápida de las 4 extremidades a la vez. En otras ocasiones estas sacudidas afectan solo a los brazos, al cuello o al tronco. e)Ausencias: Se caracteriza por una detención brusca de la actividad motora y de la conciencia. Suelen ir acompañadas de signos como una mirada fija e inexpresiva, parpadeos e inclinación de la cabeza hacia atrás. f)Crisis atónicas: Se pierde de manera repentina el tono muscular y la conciencia durante un muy breve periodo de tiempo. Pero conllevan riesgos importantes por la posibilidad de traumatismos craneales o faciales.

2-Crisis focales o parciales: la actividad eléctrica se limita a una única zona cerebral. Nos podemos encontrar con: a)Crisis focales elementales: No hay pérdida de conocimiento. Algunas de sus manifestaciones son visión de luces, oír sonidos que no existen, sacudidas de extremidades, midriasis, sudoración, etc. b)Crisis focales complejas: En este caso sí hay pérdida de conocimiento y otros signos asociados como desviación de cabeza, masticación y otros movimientos automáticos. Se recupera el conocimiento en poco tiempo y el tiempo de desorientación posterior es de unos minutos. c)Crisis focales secundariamente generalizadas: Son elementales o complejas pero la hiperexcitabilidad neuronal se extiende derivando en una convulsión tónico-clónica, tónica o clónica generalizada.

3-Crisis epilépticas de origen desconocido: a)Espasmos epilépticos: hay pérdida de conocimiento flexión de la cabeza y de los brazos durante pocos segundos repitiéndose varias veces.

Convulsión aguda y status epiléptico:

Es aquella crisis que dura más de 30 minutos o la aparición de crisis más breves pero en repetidas ocasiones durante más de 30 minutos sin llegar a recuperar el conocimiento entre ellas.

Cuanto más dure la crisis mayores pueden llegar a ser las secuelas, por ello es muy importante reconocer rápidamente estas situaciones y actuar de manera adecuada.

Actuación en ámbito extrahospitalario:

Lo que debemos hacer:

- Mantener la calma; actuar de manera precipitada puede ser perjudicial. Informar a los familiares de la situación, la crisis no se puede frenar y terminará pasados unos minutos.
- Alertar a los servicios de emergencia y proteger al paciente.
- Intentar evitar que el paciente se lesione (quitar objetos de alrededor, colocarle algo en la cabeza para evitar que se dañe contra el suelo, etc.).
- Aflojar los elementos que estén cercanos al cuello y colocarlo en decúbito lateral para tratar de facilitar la respiración.
- Dejar que se recupere y vigilar que vuelva a la normalidad.

5 Discusión-Conclusión

Las crisis epilépticas son una patología con una elevada incidencia y prevalencia hoy en día en el ámbito sanitario, que afecta a pacientes de cualquier edad o sexo. Tanto por lo inesperado de la aparición de las crisis, como por la diversidad en la forma de presentación de estas, es muy importante conocer los diferentes protocolos de actuación para tratar de garantizar la mejor atención posible y evitar futuras secuelas en el paciente.

Los puntos básicos que debemos tener en cuenta al encontrarnos con esta situación son:

Reconocer el tipo de crisis (y diferenciarlo de una posible pseudocrisis); alertar a los servicios de emergencia, atender al paciente tanto durante la crisis como en el periodo post-crítico, valorar la aparición de síntomas asociados a la crisis, reconocer una situación en la que sea necesario iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar, etc. para evitar lesiones mayores.

6 Bibliografía

<https://www.researchgate.net>

<https://www.alcepilepsia.org>

<https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 38

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

BEATRIZ GARCIA MENENDEZ

CRISTINA FERREIRO PELÁEZ

PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA

VANESA ALONSO GONZÁLEZ

ANDREA VIEJO GONZÁLEZ

1 Introducción

La ulcera por presión se define como una lesión de origen isquémico de la piel causada como consecuencia de la compresión de la piel entre dos planos duros que reducirá el flujo de sangre y linfa.

Los factores que contribuyen a la producción de úlceras por presión pueden agruparse en dos grupos, por un lado los factores de riesgo intrínsecos, como edad avanzada, inmovilidad, alteraciones sensitivas, alteraciones inmunológicas como cáncer o infecciones, alteraciones nutricionales como delgadez, obesidad, déficit de vitaminas, hipoproteïnemia ...; por otro lado están los factores de riesgo extrínsecos como excesiva humedad, tratamiento farmacológico como inmunosupresores, antineoplásicos, sedantes o vasoconstrictores, pliegues o objetos extraños en la ropa, superficies de apoyo no adecuados o la imposibilidad de cambios posturales.

Para valorar el riesgo de úlceras por presión se utiliza la escala de Norton que valora cinco parámetros, estado físico, estado mental, actividad, movilidad y incontinencia. También se utiliza la escala de Braden que valora seis parámetros (percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción-rozamiento).

La clasificación del tipo de úlceras por presión son por estadios:

- Estadio 1: se caracteriza por la aparición de un eritema no blanqueante en piel intacta.
- Estadio 2: existe una pérdida parcial del grosor de la piel, que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas.
- Estadio 3: afecta a todo el espesor de la piel (epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo) pudiendo extenderse hasta la fascia muscular pero sin atravesarla.
- Estado 4: afecta al músculo, hueso y elementos de sostén.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las medidas de prevención para evitar la aparición de las úlceras por presión y los cuidados de enfermería que se realizan.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando artículos en las principales bases de datos: Scielo, Pubmed y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas posteriores a 2010. Se excluyeron artículos por idioma.

Palabras claves: úlceras por presión, cuidados de enfermería, cambios posturales.

4 Resultados

Es importante un correcto cuidado de la piel, debemos inspeccionar diariamente la piel del paciente con atención en las zonas de riesgo y donde ya han existido una úlceras por presión, no masajear las prominencias óseas ni las zonas enrojecidas, evitar los cojines en forma de flotador y rodetes para aliviar la presión, ya que producen edemas y congestión venosa, mantener la sábana inferior de la cama siempre estirada evitando las arrugas, una buena higiene con jabón de pH neutro, agua tibia, secar bien y aplicar cremas hidratantes y en las zonas de riesgo utilizar cremas con ácidos grasos hiperoxigenados, siempre que la piel esté sin heridas. Nunca utilizar productos con alcohol.

En los pacientes encamados a parte de los cuidados anteriores se les añadiría los cambios posturales que se deben de realizar, es importante realizarlos cada 2 o 3 horas en los pacientes encamados, cada 4 horas por la noche y en los pacientes sedados que estén en las unidades de cuidados intensivos cada 2 horas. No se debe realizar el arrastre del paciente, no elevar el cabecero de la cama por encima de 30° durante mucho tiempo. Según la evidencia , no se deben realizar vendajes preventivos en talones, ya que es mejor dejarlo a la vista. Si el paciente esta en sedestacion se debe cambiar de postura cada 15 minutos.

Cuando existen heridas se recomienda limpiarlas con suero fisiológico o con agua del grifo, aplicando una presión de lavado que arrastren las bacterias, pero sin perjudicar el tejido sano. Es importante destacar que no se pueden utilizar antisépticos locales como la clorhexidina ni povidona yodada. Después se pueden utilizar productos como el Prontosan o Iodosorb, o apósitos:

- Apósitos de alginato: para úlceras con exudado abundante.
- Apósitos con carbón: para úlceras de mal olor.
- Apósitos de plata: para úlceras infectadas.
- Hidrogeles: aumentan la humedad de la herida.
- Hidrocoloides: exudado moderado y protección frente a fricción.

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión bibliográfica es importante para destacar cuales son nuestras principales actividades a realizar para evitar la aparición de cualquier ulcera por presión, desde aconsejar a los pacientes de los cuidados que debe de realizar en su domicilio, como realizarlos a los pacientes dependientes, siendo un punto muy importante que estas actividades las conozcan los familiares o todas las personas que cuidan de los pacientes. Tener siempre presente las escalas de Nortom (que se realiza a todo el personal ingresado) y Barthel que se realiza en atención primaria como atención hospitalaria. Conocer que es muy importante una correcta higiene de la piel y en el caso que existan heridas saber que apósitos debemos colocar y con que productos se puede o no limpiar las heridas.

6 Bibliografía

- Patiño, O. J., Aguilar, H. A., & Belatti, A. L. (2018). Úlceras por presión: cómo prevenirlas. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 38(1), 40-46.
- 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

- Hernández Ortiz Juan Ángel. Prevención y cuidados en úlceras por presión: ¿Dónde estamos?. Gerokomos [Internet]. 2009 Sep [citado 2022 Jun 27] ; 20(3): 132-140. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000300007&lng=es.
- Talens Belén Fernando, Martínez Duce Nuria. Úlceras por presión: un paso más en el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 27] ; 29(4): 192-196. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400192&lng=es.
- Blázquez, R. P., Rubio, R. M. G., Ivars, M. L. M., Alarcón, M. A., Martínez, C. C., Díaz, M. J. P., & García, E. H. (2007). Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión. Revista Clínica de Medicina de Familia, 1(6), 284-290.
- Rodríguez-Renobato, R., del Rocío Esparza-Acosta, G., & González-Flores, S. P. (2017). Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 25(4), 245-256.

Capítulo 39

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LESIÓN MAMARIA

LORENA ÁLVAREZ ESCOBAR

1 Introducción

El cáncer de mama es una de las enfermedades más frecuentes en mujeres a nivel mundial.

Hoy en día se diagnostican cada año numerosos casos nuevos, gracias a los programas de cribado cada vez más avanzados y gracias a la concienciación de la población femenina que a menudo se realiza autoexploraciones en las que detectar un posible cambio en su anatomía.

Gracias a ambas cosas el diagnóstico se puede realizar de manera precoz, lo que ayuda a reducir en gran medida la morbimortalidad de esta enfermedad, reduciendo las consecuencias negativas sobre la salud que un avanzado proceso oncológico puede ocasionar sobre la vida de las mujeres.

Por otra parte, los avances tecnológicos y los programas de investigación sobre el cáncer de mama, consiguen detectar la enfermedad en sus más tempranos estadios, logrando abordar el proceso de manera menos invasiva y ambulatoria, lo que reduce el gasto sanitario y consigue alterar en menor medida la rutina de la vida diaria de las mujeres.

Es por ello que resulta importante destacar, que la investigación es una inversión a corto y a largo plazo, ya que invirtiendo en la ciencia médica es posible mejorar la salud de las personas, disminuyendo así ausencias laborales y pudiendo seguir siendo productivos.

2 Objetivos

- Señalar la importancia del diagnóstico precoz de las lesiones mamarias gracias a los avances médicos y la tecnología actual.
- Minimizar el impacto que la enfermedad causa sobre la vida diaria de dichas mujeres.

3 Caso clínico

Mujer de 53 años que es derivada al servicio de cirugía desde el centro de referencia del programa de cribado de cáncer de mama por lesión sospechosa en mama derecha.

En la exploración física se observa un hematoma en la mama derecha, con nódulo palpable cerca de la areola. No presenta adenopatías axilares.

En la ecografía de mama, axilar y BAG de mama derecha se observa: una distorsión arquitectural en cuadrante superior externo de mama derecha de 9 x 4 mm, sobre la que se realiza biopsia 14 G con resultado de adenosis. Sin evidencia de neoplasia.

La paciente refiere estar intervenida de un fibroadenoma con cicatriz periareolar en dicha mama.

Se comenta el caso con el servicio de anatomía patológica y parece una lesión proliferativa esclerosante y no una cicatriz post quirúrgica, por lo que se recomienda una biopsia asistida por vacío (BAV) guiada por ecografía.

Se deja marcador de titanio post biopsia.

Se identifican pequeños nódulos bilaterales circunscritos compatibles con fibroadenomas.

En la mama derecha dos, en intercuadrantes inferiores de 7 x 6 mm el más externo y de 7 x 7 mm el más interno.

En la mama izquierda se observa uno en intercuadrantes internos de 6 mm y otro en cuadrante superior externo de 5 mm.

También se identifica algún pequeño quiste bilateral.

Regiones axilares con ganglios inespecíficos.

BI-RADS 4. Anomalía sospechosa de malignidad.

Se programa para intervención quirúrgica: tumorectomía guiada de mama derecha.

Presenta una buena evolución post operatoria, siendo dada de alta pendiente de histología definitiva.

Al alta se recomienda no realizar esfuerzos físicos importantes en 4 semanas. Lavado diario de la herida con agua y jabón. Curar la herida posteriormente con Betadine y usar el sujetador recomendado por 6 semanas.

4 Discusión-Conclusión

Tras el caso clínico presentado se puede constatar la importancia y la ventaja que supone disponer de herramientas y métodos para poder realizar un diagnóstico precoz en enfermedades tan frecuentes actualmente como el cáncer de mama.

Una lesión que si no se hubiera eliminado de manera temprana mediante un procedimiento quirúrgico habitual como es la tumerectomía, podría haber evolucionado rápidamente en un proceso oncológico, que derivaría en una cirugía más radical como es la mastectomía con su posterior tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia.

De este modo, la vida de la paciente no se ha visto mermada y su vida diaria ha podido continuar en un lapso de tiempo mínimo.

5 Bibliografía

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

Capítulo 40

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA REALIZACIÓN DE CATETERISMO CARDIACO VIA RADIAL

PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA

CRISTINA FERREIRO PELÁEZ

ANDREA VIEJO GONZÁLEZ

BEATRIZ GARCIA MENENDEZ

VANESA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

Las enfermedades cardíacas siguen siendo la primera causa de muerte en España. Según la Estadística de defunciones por causa de muerte, analizada por la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y la Fundación Española del Corazón (FEC), la mortalidad cardiovascular subió un 2,8% en 2020 respecto al año anterior.

Una de las técnicas más utilizadas para el diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades es el cateterismo cardíaco. Consiste en la introducción de un catéter largo y fino por la luz de una vena o una arteria, principalmente femoral (en la pierna) o radial (en la muñeca), que se dirige al área que queremos estudiar o tratar. Una vez esté posicionado puede utilizarse para introducir un contraste

que nos permita visualizar, con ayuda de rayos x, la estructura de las zonas elegidas y así descartar o confirmar la presencia de una enfermedad (cateterismo diagnóstico o coronariografía); o bien la administración de un medicamento, o la realización de técnicas como la colocación de un stent (cateterismo terapéutico). Se realiza en una sala de hemodinámica bajo sedación, y aplicando un anestésico local en la zona de introducción del catéter. En la mayoría de los casos es bien tolerado, aunque en otros, poco frecuentes, aparecen palpitaciones, calor, dolor en la zona de punción, o hematoma que se reabsorbe espontáneamente. Más raras son la aparición de arritmias, infarto de miocardio, rotura de vasos, fistulas o aneurismas en el lugar de punción, hemorragias o trombosis. Los casos de muerte se sitúan por debajo del 0,2%.

La prueba se realiza en ayunas, y requiere una serie de cuidados en función del acceso. Para minimizar el riesgo de hemorragia en el caso del cateterismo femoral se recomienda un reposo en cama de unas seis horas con vendaje compresivo, o la colocación de un peso si fuera necesario, sobre la zona de punción. En el cateterismo radial se mantendrá el brazo afecto en cabestrillo durante 24 horas y se colocará una pulsera hemostática entre cuatro y seis horas, para después cambiarla por un vendaje compresivo. En ambos casos el paciente puede reiniciar la dieta una vez finalizada la prueba y despertado de la sedación. Es muy importante mantener un control riguroso de las constantes y del estado de los pulsos distales para detectar una posible complicación.

La misión de las enfermeras gira alrededor de los cuidados. Esta práctica asistencial se ve dificultada debido a muchos factores como el aumento del número de técnicas y de información, o los cambios continuos en las necesidades asistenciales y la organización profesional. Para facilitar esta labor están los Planes de Cuidados Estandarizados (PCE), definidos como la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones. Se confeccionan de manera consensuada por un grupo de expertos, y tienen como finalidad guiar a todos los implicados en el cuidado de una persona hacia la consecución de un objetivo común.

Las fases de un plan de cuidados son:

1. Evaluación: valoración integral del paciente, que incluye el estado en su domicilio, previo a la situación clínica por la que solicita atención sanitaria.
2. Diagnóstico: diagnosticar el estado y las necesidades médicas del paciente. El diagnóstico implica que una enfermera haga un juicio informado sobre un problema de salud potencial o real de un paciente. A veces se hace más de un diagnós-

tico para un mismo paciente. la NANDA aprobó una definición oficial de diagnóstico de enfermería: “Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería para lograr los resultados de los que es responsable la enfermera.” A partir de 2021, la NANDA-I ha aprobado 267 diagnósticos para uso clínico, pruebas y perfeccionamiento.

Si bien existen múltiples taxonomías En 2002 se adoptó la Taxonomía II de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, basada en el marco de evaluación de los Estándares de Salud Funcional de la Dra. Mary Joy Gordon. La taxonomía II tiene tres niveles: dominios (13), clases (47) y diagnósticos de enfermería (267).

3. Planificación: la enfermera planificará un curso de tratamiento que tenga en cuenta los objetivos a corto y largo plazo. Cada problema está comprometido con un objetivo claro y medible para el resultado beneficioso esperado.

4. Ejecución o Puesta en marcha del plan

5. Evaluación: Los posibles resultados de los pacientes suelen explicarse bajo tres términos, (el estado del paciente ha mejorado, el estado del paciente se ha estabilizado y el estado del paciente ha empeorado). En consecuencia, la evaluación es la última fase, pero si los objetivos no fueron suficientes, el proceso de enfermería vuelve a empezar desde el primer paso.

2 Objetivos

1. Establecer unas pautas que sirvan de guía para todas las enfermeras, y así dar respuesta a la escasa disponibilidad de tiempo que, a veces, tenemos para la planificación y el registro de los cuidados.

3 Caso clínico

Varón de 59 años que ingresa por fatiga y dolor precordial tras realización de esfuerzos o actividad prolongada.

Datos médicos: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, intervenido de prótesis de rodilla hace dos años, hiperplasia benigna de próstata, obesidad. No alergias medicamentosas conocidas.

Tratamiento: olmesartan 20 mg y metformina 850 mg al desayuno. Omnic 0,4 mg y metformina 850 mg a la cena. Paracetamol a demanda si tiene dolor.

Valoración en su domicilio: independiente para actividades básicas de la vida diaria. Dieta 1800 kcal sin sal.

Historia de enfermería: se realiza valoración del paciente al ingreso obteniendo los siguientes resultados. Escala de Braden 22 puntos (sin riesgo). Escala de riesgo de caídas Downtown 1 punto (sin riesgo de caídas). Escala de Barthel 100 puntos (independiente). Índice Must 0 puntos (sin riesgo de malnutrición). El paciente queda en reposo relativo a la espera de la realización de la prueba.

Diagnosticos de enfermería resultantes:

1) Ansiedad r/c Cambio en los estados de salud /Entorno (00146-1) a) Resultados NOC

- Autocontrol de la ansiedad.
- Nivel de depresión.
- Autoestima. b) Intervenciones NIC
- Disminución de la ansiedad.
- Escucha activa.
- Asesoramiento.
- Técnicas de relajación.
- Potenciación de la seguridad.
- Apoyo emocional.
- Presencia.
- Contacto.
- Distracción.
- Aumentar el afrontamiento.
- Facilitar visitas.
- Apoyo al cuidador principal.

2) Conocimientos deficientes (00126) a) Resultados NOC

- Conocimiento. b) Intervenciones NIC
- Enseñanza del proceso de enfermedad.
- Enseñanza del procedimiento o tratamiento.
- Guías del sistema sanitario.
- Enseñanza: individual.
- Enseñanza: medicamentos prescritos.
- Enseñanza: dieta prescrita.
- Enseñanza: actividad prescrita.
- Asesoramiento.

3) Sobrepeso r/c Gasto energético inferior al consumo (00233) a) Resultados NOC

- Conocimiento: dieta saludable

- Conocimiento: manejo del peso b) Intervenciones NIC
- Asesoramiento nutricional
- Manejo del peso
- Fomento del ejercicio

4) Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre las demandas y el aporte de oxígeno (00092) a) Resultados NOC

- Autocuidado
- Conservación de la energía
- Tolerancia a la actividad b) Intervenciones NIC
- Ayuda en el autocuidado
- Gestión de la energía
- Gestión del entorno
- Gestión del estado de ánimo
- Promoción del ejercicio
- Terapia con ejercicio control muscular:
- Terapia con ejercicio movilidad articular
- Terapia de actividad

5) Deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos (00085) a) Resultados NOC

- Movimiento articular: activo.
- Nivel de movilidad. b) Intervenciones NIC
- Terapia de ejercicios: movilidad articular.
- Terapia de ejercicios: control muscular.
- Terapia de ejercicios: deambulación.

6) Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente (00015-1) a) Resultados NOC

- Creencias sobre la salud.
- Eliminación intestinal.
- Manejo de la nutrición.
- Manejo de la actividad física. b) Inervenciones NIC
- Educación.
- Entrenamiento intestinal.
- Prevención.

Tras la realización de cateterismo cardiaco a través de radial derecha se valora de nuevo la situación del paciente obteniendo los siguientes resultados: Escala de Braden 21 puntos (sin riesgo), Escala de Barthel 90 puntos (independiente),

Escala de riesgo de caídas Downtown 1 punto (sin riesgo de caídas), e Índice Must 0 puntos (sin riesgo de malnutrición).

Diagnosticos de enfermería resultantes:

1) Dolor agudo (00132) a) Resultados NOC

- Control del dolor
- Nivel de deterioro del confort
- Nivel del dolor
- Satisfacción del paciente b) Intervenciones NIC
- Administración de analgésicos
- Administración de medicamentos
- Apoyo de la analgesia controlada por el paciente
- Manejo de la sedación
- Manejo de los medicamentos
- Manejo del dolor
- Vigilancia

2) Deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos (00085) c) Resultados NOC

- Movimiento articular: activo.
- Nivel de movilidad. c) Intervenciones NIC
- Terapia de ejercicios: movilidad articular.
- Terapia de ejercicios: control muscular.
- Terapia de ejercicios: deambulación.

3) Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c compresión mecánica e inmovilización (00086) a) Resultados NOC

- Perfusión neurovascular periférica adecuada.
- Control de riesgos.
- Conducta saludable. b) Intervenciones NIC
- Monitorización de los signos vitales.
- Monitorización del estado de la piel.
- Control de perfusiones periféricas.

4) Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c reducción mecánica del flujo arterial(00228) a) Resultados NOC

- Estado circulatorio.
- Estado de los signos vitales.
- Perfusión tisular: cardíaca.
- Función sensitiva: cutánea.

- Perfusión tisular: periférica. b) Intervenciones NIC
- Regulación hemodinámica.
- Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial.
- Precauciones circulatorias.
- Manejo de los signos vitales.
- Cuidados cardíacos.
- Terapia intravenosa (IV).
- Manejo de la sensibilidad periférica alterada.
- Vigilancia de la piel.
- Cuidados del embolismo: periférico.

5) Riesgo de sangrado r/c efectos secundarios relacionados con el tratamiento (00206) c) Resultados NOC

- Mantenimiento de la integridad tisular.
- Control del riesgo.
- Conocimiento.
- Autocuidado. b) Intervenciones NIC
- Monitorización de signos vitales.
- Sujeción.
- Control postural.
- Vigilancia.
- Guías de salud.
- Enseñanza para el autocuidado.

6) Riesgo de infección r/c alteración de la continuidad cutánea (00004) a) Resultados NOC

- Curación de la herida. Por primera intención.
- Curación de la herida. Por segunda intención.
- Estado infeccioso. b) Intervenciones NIC
- Cuidado de la herida.
- Cuidado del punto de incisión.
- Control de las infecciones.
- Cuidados circulatorios. Insuficiencia arterial.
- Cuidados de las heridas.

7) Deterioro de la integridad cutánea (00046) a) Resultados NOC

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- Curación de la herida: 1ª, 2ª intención. b) Intervenciones NIC
- Cuidados del punto de incisión.

- Vigilancia de la piel.
- Precauciones circulatorias.
- Informe de incidencias.

8) Déficit de autocuidado: vestido (00109) a) Resultados NOC

- Cuidados personales AVD.
- Cuidados personales: peinado.
- Cuidados personales: vestir. b) Intervenciones NIC
- Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.
- Cuidados del cabello.

9) Déficit de autocuidado: Baño/Higiene (00108) a) Resultados NOC

- Cuidados personales AVD.
- Cuidados personales: baño.
- Cuidados personales: higiene. b) Intervenciones NIC
- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.
- Educación para la salud.

10) Déficit de autocuidado: alimentación (00102) a) Resultados NOC

- Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD).
- Cuidados personales: comer. b) Intervenciones NIC
- Ayuda con los auto-cuidados: alimentación.

Pasadas 48 horas el paciente es dado de alta por buena evolución a la espera de decisión clínica según los resultados de la prueba.

4 Discusión-Conclusión

Los objetivos de la planificación de la atención de enfermería de un adulto que se somete a un cateterismo cardíaco incluyen promover una perfusión adecuada, aliviar el miedo y la ansiedad, brindar enseñanza e información y prevenir lesiones. El seguimiento estrecho después de un cateterismo cardíaco también es crucial para la identificación temprana de complicaciones que minimizarán las tasas de mortalidad y morbilidad.

La estandarización de planes de cuidados enfermeros nos permite crear una base de conocimiento científico basado en la teoría y la práctica enfermera. Unifica el lenguaje dentro del personal sanitario y sirve para evaluar la calidad de la gestión del cuidado. Es por ello que se considera la base de la actuación enfermera, así como un punto de desarrollo profesional.

5 Bibliografía

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

Capítulo 41

INFECCIÓN POR TOXOPLASMA GONDDI DURANTE EL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO

TERESA MOLINA CAMBRA

ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ

EVA LAOSA RUANO

CORAL LÓPEZ ALFARO

BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ

1 Introducción

La Toxoplasmosis es una infección causada por el parásito protozario *Toxoplasma gondii*. Normalmente la infección se produce por el consumo de carne contaminada cruda o poco cocinada. No obstante, existen otras fuentes de infección como el contacto con excrementos de gatos infectados o la ingesta de agua, tierra y hortalizas contaminadas. 2

La mayoría de personas que contraen la infección suelen ser asintomáticas o cursan con un cuadro clínico leve, parecido a una gripe. Sin embargo, si la infección se produce durante el embarazo, puede provocar serios problemas en el feto y/o neonato.

La Infección Aguda por *Toxoplasma* (IAT) durante el embarazo puede dar lugar a una Toxoplasmosis Congénita (TC), siendo el riesgo de transmisión vertical

mayor a medida que avanza el embarazo. No obstante, el grado de afectación neonatal disminuye conforme progresa la gestación.

Entre las complicaciones más graves de la TC encontramos: calcificaciones cerebrales, hidrocefalia, convulsiones, retrasos en el desarrollo, coriorretinitis, pérdida de la visión, pérdida de la audición, hepatoesplenomegalia, ictericia, petequias, trombocitopenia, anemia y/o transaminitis. 1

Para evitar la IAT durante el embarazo, es importante informar a las gestantes de las medidas higiénico-dietéticas que disminuyen el riesgo de infección. Entre ellas se incluye:

- Consumo de carne bien cocinada (>70-80°C). La congelación inferior a -18°C durante 48 horas reduce significativamente el riesgo de infección.
- Pelar y/o lavar a fondo las frutas y verduras.
- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de la manipulación de alimentos.
- Usar guantes durante las labores de jardinería.
- Evitar beber agua potable no tratada.
- Lavar las superficies donde se hayan preparado alimentos y los utensilios de cocina empleados.
- En caso de tener un gato en el domicilio, evitar la limpieza de sus heces, no alimentarlo con carne cruda y mantenerlo alejado de la calle. 2

Además de la prevención primaria, algunas sociedades científicas aconsejan realizar cribados serológico a las gestantes para así poder diagnosticar una posible infección y tratarla precozmente.

El diagnóstico de infección se lleva a cabo mediante la observación de seroconversión o por la presencia de IgM positiva con anticuerpos IgG de baja avidez. 3 El tratamiento de elección durante el primer trimestre y en aquellos casos en los que se sospeche de una infección materna, se llevará a cabo con espiramicina. Sin embargo, si se confirma infección materna (seroconversión documentada) a partir de las 14 semanas el tratamiento pasará a ser primetamina, sulfadiazina y ácido fólico.

Ante la sospecha o confirmación de IAT, está indicada la realización de una amniocentesis ya que el estudio de toxoplasma en líquido amniótico tiene mayor sensibilidad para el diagnóstico de infección congénita que el estudio postnatal. La amniocentesis debe realizarse a partir de las 18 semanas de gestación y tras haber pasado un mínimo de 4 semanas de la infección materna. 2

2 Objetivos

- Conocer el método diagnóstico de *Toxoplasma gondii* durante el embarazo.
- Conocer el tratamiento clínico ante sospecha o confirmación de infección por *Toxoplasma gondii* en la gestación.

3 Caso clínico

Mujer de 28 años de edad que acude a la consulta de ginecología para realizarse la ecografía de control del segundo trimestre de embarazo (semana 20 de gestación).

- Antecedente personales:
 - Edad: 28 años
 - Profesión: empleada del hogar.
 - No presenta alergias conocidas.
 - No le han realizado ninguna intervención quirúrgica.
 - No presenta hábitos tóxicos. Refiere consumo ocasional de alcohol previo al embarazo.
 - Índice de masa corporal: 24.
 - Grupo sanguíneo: 0 Rh: Positivo.
 - Serología: inmune a la rubéola, resto negativo (IgG *Toxoplasma* negativa)
- Antecedentes familiares: sin interés.
- Antecedentes obstétricos:
 - Fórmula obstétrica: G3A2 (2 abortos espontáneos que no precisaron legrado quirúrgico).
 - Ecografía del primer trimestre normal.

La ecografía de segundo trimestre es normal. No obstante, en los resultados analíticos se observa la IgG *Toxoplasma* positiva (0,9) e IgM de 1,77. La mujer refiere estar asintomática. Ante esta situación se decide:

- Iniciar tratamiento con Espiramicina 1gr cada 8h hasta el parto.
- Nuevo control analítico de IgG/M en 15 días.
- Realización de amniocentesis a las 4 semanas después del inicio de la infección.
- Cursar interconsulta médica a enfermedades infecciosas para seguimiento.

A los 15 días ,se vuelve a realizar control analítico y se observa:

- IgG negativa
- IgM: zona límite 1,66
- Avidéz de IgG: no valorable (por debajo del límite de detección)

4 Semanas después se realiza amniocentesis para confirmar o descartar infección fetal:

- PCR negativa para Virus Herpes Simple tipo I y tipo II, negativo para Toxoplasma y Parvovirus B19.
- Cariotipo fetal 46XY. Se trata de un feto masculino cromosómicamente normal (1 par de cromosomas 13,18,21)

Tras confirmar la ausencia de DNA-toxoplasma en líquido amniótico, el seguimiento del embarazo será el habitual añadiendo una ecografía adicional en el tercer trimestre. Además, tras el nacimiento, al recién nacido se le realizará un seguimiento pediátrico más exhaustivo hasta descartar la infección congénita.

4 Discusión-Conclusión

La toxoplasmosis es una enfermedad que no suele provocar daños en un adulto inmunocompetente, pero si se produce durante el embarazo, puede ocasionar grandes efectos en el feto/neonato.

La única forma de diagnosticar la TC en los niños es el cribado serológico de las gestantes durante el embarazo, ya que gran parte de los niños infectados nacen asintomáticos.

A pesar de ello, el cribado universal durante la gestación es controvertido. Cada país tiene un protocolo diferente. En España, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) no recomienda realizar el cribado rutinario a todas las gestantes puesto que no cumple los criterios necesarios para considerarlo eficaz. Así pues, recomienda llevar a cabo medidas preventivas. A pesar de esta recomendación, en la mayoría de hospitales españoles se suelen realizar test serológicos de forma trimestral a todas las mujeres seronegativas acompañados de recomendaciones higienico-dietéticas para reducir el riesgo de infección. 3

5 Bibliografía

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

Capítulo 42

IMPORTANCIA DE LA VITAMINA D EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

JOAQUÍN PANCORBO MENA

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

MARÍA MARÍN SABARIEGO

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune que afecta al sistema nervioso central, más frecuente en personas de entre 25–55 años, y es una de las principales causas de discapacidad en este grupo. Su cuadro clínico suele ser de curso normalmente agudo con remisiones posteriores y en algunos casos suelen ser progresivos hasta el momento del final de la vida. No existe tratamiento de enfermedad, por lo que la patogenia puede servir para establecer nuevos marcadores y posibles suplementos terapéuticos, habiéndose sugerido a la Vit D(VD) como molécula relacionada con la enfermedad.

Al igual que con otras enfermedades desmielinizantes, la esclerosis múltiple (EM) se caracteriza por una inflamación y destrucción en mayor consecuencia de la banda de mielina de la materia blanca del sistema nervioso central. El sistema nervioso periférico está respetado y por lo general, no hay evidencia de enfermedad sistémica relacionada. Las mujeres resultan afectadas con el doble de frecuencia que los varones. La EM provoca una incapacidad funcional y a menudo laboral importante en personas que están en su mejor etapa de productividad.

Se cree que la EM es un trastorno mediado por la inmunidad que se presenta en personas genéticamente susceptibles. Aunque no se ha identificado el antígeno, los datos sugieren una respuesta inmunitaria a una proteína en el SNC.

2 Objetivos

Los objetivos que nos planteamos en dicho estudio son los siguientes:

- Describir el impacto de la VD en la etiopatogenia de la EM.
- Analizar el impacto de la VD en la patología de la EM.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado la revisión narrativa clásica de los artículos recuperados de la base de datos PubMed y Medline con ayuda de búsqueda de Google Académico debido a su trascendencia en el campo de las ciencias de la salud.

4 Resultados

En el apartado de resultados, el análisis de estos se realiza agrupándolos en función de los objetivos del trabajo para un mejor seguimiento de estos .

Para empezar, cabe indagar en las diferencias existentes de la utilidad y beneficios de la administración de la VD en el origen, desarrollo y patología de la enfermedad.

El tratamiento estándar para las recaídas por EM se basa en el uso de metilprednisolona intravenosa cuyas dosis serán elevadas. Sin embargo, autores como Pierrot-Deseilligny C et al., 2017 plantearon nuevos tratamientos como la suplementación con VD en pacientes con EM, utilizando una dosis fisiológica de bajo nivel que evite su insuficiencia de vitamina. En este sentido, en cuanto a los niveles de administración, numerosos autores defienden un modelo de abordaje terapéutico muy activo (terapia de inducción), que está basado en la utilización de fármacos sumamente potenciales en las fases iniciales para que, una vez la inflamación esté más regulada, poder pasar a un fármaco de eficacia moderada y con menos efectos adversos potenciales del posible papel inmunomodulador de la VD en pacientes con EM. Sin embargo, autores como Voo VTF et al., 2019 muestran en sus estudios el posible papel inmunomodulador a través de la suplementación más controlada y con menos dosis de VD.

Como consecuencia, para autores como Lucas R et al., 2018 la exposición al sol durante toda la vida parece reducir el riesgo de EM sin importar la raza. Sus estudios cuestionan la plausibilidad biológica de la deficiencia de VD como causa de la EM.

En cambio, otros autores como Breuer J et al., 2019 defienden que no se encontró asociación entre la edad de inicio y los factores ambientales asociados con la VD. Por último, Lucas RM et al., 2018 opinaron acerca de si en realidad existe evidencia suficiente para concluir que la baja exposición al sol y como resultado de esta, dosis más bajas de VD pueden llegar a incrementar el riesgo de esclerosis múltiple.

Los consejos generales de salud pública sobre la exposición al sol para evitar la deficiencia de VD (<50 nmol / L) también debe garantizar cualquier beneficio para la esclerosis múltiple, pero deben ser moderados para evitar posibles problemas asociados al cáncer de piel.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que se obtienen de este estudio, respondiendo a los objetivos planteados, son las que veremos:

- Podría existir una relación entre los niveles de VD y la etiopatogenia de la EM.
 - El análisis de los artículos muestra una evidencia en cuanto a la asociación de los niveles de VD y la patología, a nivel cognitivo y funcional, de la EM
- Sin embargo, muchos de los artículos muestran dudas en el sentido de la relación de la VD y el curso de la enfermedad, que se centran sobre todo en los niveles que hay que suministrar a los pacientes con dicha patología.

6 Bibliografía

1. R. González Maldonado, O. Fernández López El extraño caso de la mielina perdida (la esclerosis múltiple disfrazada) Grupo Editorial Universitario, Granada (1998), p. 268
2. Frohman EM, Racke MK, Raine CS. Multiple sclerosis –the plaque and its pathogenesis. *N Engl J Med* 2006; 354: 942-55.
3. Pierrot-Deseilligny C, Souberbielle JC. Vitamin D and multiple sclerosis An update. *Mult Scler Relat Disord*. 2017;14(February):35–45.
4. Voo VTF, O'Brien T, Butzkueven H, Monif M. The role of vitamin D and P2X7R in multiple sclerosis. *J Neuroimmunol* [Internet]. 2019; 330:159–69. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2019.03.004>

5. Ferre' L, Clarelli F, Sferruzza G, Rocca MA, Mascia E, Radaelli M, et al. Basal vitamin D levels and disease activity in multiple sclerosis patients treated with fingolimod. *Neurol Sci.* 2018;39(8):1467–70.

Capítulo 43

LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

THALÍA TORRUBIA FRÍAS

1 Introducción

La cardiología (del griego καρδία kardía "corazón" y λογία loguía "investigación") es la rama de la medicina que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del corazón y del aparato circulatorio. Es médico y quirúrgico. Los expertos en métodos quirúrgicos cardíacos son cirujanos cardíacos o cirujanos cardiotorácicos.

La cardiología es un campo complejo de la medicina, por lo que muchos cardiólogos se especializan en diferentes áreas, como la electrofisiología cardíaca, la cardiología intervencionista, la cardiología nuclear, las arritmias, la ecocardiografía, la rehabilitación cardíaca, la unidad de cuidados intensivos de cardiología y la unidad de arterias coronarias.

Algunos de los procedimientos utilizados con fines diagnósticos incluyen: electrocardiograma, monitoreo continuo de 24 horas (prueba Holter), prueba de esfuerzo o error, prueba de mesa basculante, estudio de sensibilidad con medicamentos, monitoreo ambulatorio de presión (MPAA), ecocardiografía, prueba de altitud, electrofisiología cardíaca, prueba y cateterismo cardíaco.

Algunos de los procedimientos de tratamiento son: cateterismo percutáneo de la arteria meníngea, implantación de marcapasos, ablación de focos de arritmia e implantación de un desfibrilador automático.

Las enfermedades del corazón incluyen: las enfermedades de los vasos sanguíneos, como la enfermedad de las arterias coronarias, también varios defectos cardíacos desde el nacimiento (defectos cardíacos congénitos).

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es saber y conocer cuáles son algunas de las funciones que el personal de enfermería puede realizar en el servicio de cardiología.

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 cardiología es una especialidad o rama de la medicina. Para el título de cardiólogo, los requisitos pueden variar de un país a otro. Generalmente se requiere la graduación en medicina y cirugía y luego estudios de especialización que suelen tener una duración de 5 años.

Durante su formación, un aspirante a cardiólogo debe estar familiarizado con varios aspectos relacionados con la especialidad, entre ellos los siguientes:

Cardiología clínica, que trata sobre la atención directa al paciente y las decisiones sobre cómo actuar en sus situaciones individuales. Apoyo en casos agudos o urgentes que requieran tratamiento inmediato.

Medicina hospitalaria, es decir, la atención a los pacientes que ingresan en un centro médico, y la medicina de urgencias o urgencias a los pacientes que acuden a consulta pero no necesitan ser hospitalizados. Cuidados antes y después de la cirugía. La evaluación cardiovascular de cualquier paciente antes de la cirugía es fundamental para minimizar los riesgos quirúrgicos. Cardiología preventiva, que es el estudio de los procedimientos que tienden a evitar la enfermedad en el campo de las enfermedades del corazón.

Epidemiología y Rehabilitación Cardíaca. Las áreas de estudio incluyen: anatomía cardiovascular, metabolismo y fisiología cardiovascular, biología molecular del sistema cardiovascular, enfermedades cardiovasculares, farmacología cardiovascular, ecocardiografía, electrofisiología, cateterismo cardíaco, cardiología nuclear y cuidado posoperatorio para pacientes con cirugía cardíaca,

medicina de emergencia y atención preventiva. medicamento. Epidemiología cardíaca y rehabilitación cardíaca.

Algunas de las funciones que puede realizar o desempeñar el personal de enfermería en el servicio de cardiología dentro de un hospital pueden ser:

Poseer un conocimiento profundo de la insuficiencia cardíaca, isquemia miocárdica, etc. Proporcionar unos cuidados de enfermería específicos ante las técnicas cardiovasculares invasivas. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen siendo la principal causa de muerte entre las personas mayores y son en gran medida prevenibles si se implementan programas de salud más efectivos.

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en los países desarrollados. En concreto, la enfermedad que provoca más muertes es el infarto, seguida del ictus. Sin embargo, tenga en cuenta que el 90% de los ataques cardíacos se pueden prevenir.

Es importante sensibilizar y orientar a la población frente a posibles enfermedades mediante la ejecución de labores preventivas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 44

HEMORRAGIA POSTPARTO PRECOZ. A PROPÓSITO DE UN CASO

TERESA MOLINA CAMBRA

EVA LAOSA RUANO

BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ

CORAL LÓPEZ ALFARO

ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ

1 Introducción

La hemorragia postparto (HPP) se define como la pérdida de sangre superior a 500 mL en un parto vaginal y 1000 mL en una cesárea. A su vez, puede clasificarse en precoz o tardía teniendo en cuenta si se produce en las primeras 24 horas postparto o después de ellas.

A diferencia de las cesáreas, el volumen de sangre perdido durante el parto se suele estimar de forma visual. Sin embargo, este método cuenta con un alta probabilidad de error, llegando a subestimar hasta un 50% de las HPP (1).

Para que esto no suceda y la evaluación de pérdida de sangre sea más objetiva, se recomienda contabilizar el material utilizado y estimar la diferencia de peso de los materiales secos sin usar y los que están empapados de sangre. También se aconseja el uso de bolsas colectoras calibradas para hacer más precisa la estimación (2).

Ante una HPP se considera de vital importancia conocer su origen para poder abordarla y evitar posibles complicaciones derivadas de ella. La principal causa de HPP es la atonía uterina (80% de la incidencia de la HPP), no obstante, también puede deberse a la retención de productos de la concepción, al trauma ocasionado en el canal del parto o por alteraciones en la coagulación de la mujer (1).

Entre las posibles complicaciones tras la HPP se encuentran: anemia, insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática, síndrome de Sheehan, síndrome de dificultad respiratoria en el adulto y coagulopatía intravascular diseminada (CID) (2).

2 Objetivos

- Describir la actuación de la matrona ante una hemorragia postparto precoz mediante la presentación de un caso clínico.
- Enumerar el personal sanitario necesario para el abordaje de una hemorragia postparto.

3 Caso clínico

Mujer de 31 años de edad que acude a urgencias materno-infantiles por dinámica uterina. Tras la realización de un trazado cardio-tocográfico y una exploración vaginal, se diagnostica parto en curso.

- Antecedentes personales:
 - Edad: 31 años
 - Profesión: maestra.
 - No presenta alergias conocidas.
 - No intervenciones quirúrgicas
 - Grupo sanguíneo: 0 Rh: Positivo.
- Antecedentes familiares:
 - Sin interés
- Antecedentes obstétricos:
 - Fórmula obstétrica: G1 (primigesta)
 - Embarazo normoevolutivo
 - Estreptococo del grupo B (EGB): negativo.

Después de 8h de trabajo de parto, nace un varón de 3.700 gr con un APGAR de 9/10/10. Tras el nacimiento y alumbramiento se visualiza salida de gran cantidad de sangre que no cede con el masaje uterino. No se consigue visualizar correctamente el canal blando del parto por la excesiva cantidad de sangre.

Se procede a solicitar ayuda (ginecología, anestesia, enfermería y personal auxiliar). Se monitoriza a la mujer con presión arterial, pulso y saturación. Se canaliza una segunda vía periférica de calibre 18 y se extrae hemograma, coagulación y pruebas cruzadas. Además, se realiza una reposición rápida de líquidos (cristaloides y coloides en la proporción 3:1).

Al mismo tiempo que se llevan a cabo las medidas de soporte vital, bajo el mando del servicio de anestesta, las obstetras continúan buscando la etiología de la hemorragia. Tras descartar atonía uterina, se procede a revisar el canal blando del parto, donde se objetiva desgarro de una variz vaginal.

Mientras se realiza la reparación de la variz y debido a la inestabilidad hemodinámica de la paciente, se administran fármacos vasoactivos, oxígeno a alta concentración con una mascarilla con reservorio y se transfunden 2 concentrados de hematies.

Tras la reparación de la variz y por consiguiente, el cese del sangrado, la paciente es trasladada a la unidad de reanimación (REA) para monitorización estricta y prevención de posibles complicaciones.

4 Discusión-Conclusión

La HPP es la principal causa aislada de mortalidad materna. Por esta motivo, es de vital importancia su prevención, diagnóstico precoz y correcto abordaje. Para conseguirlo es necesario un plan de actuación previamente establecido y una buena formación de todos profesionales que trabajan en el área de paritorio.

Se ha visto que a través de simulaciones periódicas, el personal trabaja mejor en equipo, aumenta la confianza en sí mismo, evalúa de forma más precisa la pérdida de sangre y reduce la percepción de estrés que genera esta situación. Además ayuda a familiarizarse con los protocolos hospitalarios y a corregir y mejorar los posibles errores.

Por todo ello, se deberían crear protocolos de actuación en los servicios de paritorio y realizar formaciones periódicas que permitieran mejorar el manejo de las HPP y por consiguiente la morbilidad materna derivada de ella.

5 Bibliografía

1. Protocolos SEGO. Hemorragia postparto precoz. Prog Obstet Ginecol. 2008;51(8):497-505. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501308723215>
2. Feduniw S, Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M. Epidemiology, prevention and management of early postpartum hemorrhage - a systematic review. Ginekol Pol. 2020;91(1):38-44. doi: 10.5603/GP.2020.0009. PMID: 32039467.
3. Li YT, Chang WH, Wang PH. Postpartum hemorrhage. Taiwan J Obstet Gynecol. 2022 Jan;61(1):5-7. doi: 10.1016/j.tjog.2021.11.003. PMID: 35181045.
4. Diaz V, Abalos E, Carroli G. Methods for blood loss estimation after vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 9. Art. No.: CD010980. DOI: 10.1002/14651858.CD010980.pub2.

Capítulo 45

ENFERMERÍA: TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

ANA TALAVERA SALVADOR

MARTA GARZÁS PARAMIO

NATALIA GALLEGO VILLAFAINA

1 Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario no son una enfermedad con muy alta prevalencia en países desarrollados. Algunos estudios dan cifras del 1 al 2% aproximadamente de anorexia y del 2 al 4% para bulimia.

Sin embargo, están consideradas entre las enfermedades más graves, peligrosas y letales que existen en nuestro medio. Según algunas revisiones se llega a alterar el proceso de desarrollo vital hasta en un 40% de los pacientes y hasta un 8% llegan a la muerte.

Afectan sobre todo a mujeres (85-90% de los casos) adolescentes. Aunque es llamativo y digno de análisis el incremento que se está viendo en el número de chicos que sufren este tipo de conductas. Y más preocupante es, si cabe, la edad a la que tanto chicas como chicos empiezan a sufrir este tipo de trastornos, que en muchos casos ya comienza en la niñez.

Son múltiples los factores que intervienen en la aparición de un trastorno del comportamiento alimentario. Desde factores genéticos y biológicos hasta factores socioculturales que influyen en el individuo.

La base del tratamiento van a ser terapias psicológicas y conductuales. El apoyo de la pareja o la familia desde el inicio va a ser fundamental para una buena

evolución de la enfermedad.

2 Objetivos

Exponer información de interés acerca de los trastornos del comportamiento alimentario y su tratamiento.

Describir las funciones de enfermería en cada caso.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se llevó a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se consultaron trabajos de las principales bases de datos como Pubmed y Medline sobre las litiasis renales, su prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Se seleccionaron artículos publicados revisados

4 Resultados

Existen principalmente dos tipos de trastornos alimentarios: uno es la anorexia y otro la bulimia. El primero se da sobretodo en adolescentes entre los 12 y los 16 años. En la bulimia la edad media es algo mayor, viéndose sobretodo en edades comprendidas entre los 15 y los 18 años. Aunque en la última década se observa una notoria y preocupante elevación de la prevalencia en edades infantiles.

En la psicopatología de estos trastornos observamos varias características comunes a todos ellos. Hay una dismorfofobia o alteración en la percepción de la imagen corporal, un miedo morboso a engordar y por consiguiente una preocupación persistente por la ingesta.

Las causas que los provocan son variadas y múltiples. Parece haber un componente genético puesto que se observan con frecuencia antecedentes familiares, tanto de trastornos alimentarios como de trastornos afectivos que acompañan frecuentemente a éstos. Son comunes la depresión, la ansiedad, y los trastornos de personalidad como el narcisismo y la personalidad límite.

También parece clara la influencia de factores socioculturales como pertenecer a la raza blanca de clase media-alta donde existen valores estéticos dominantes.

Pero lo que claramente predispone con más fuerza para el desarrollo de este tipo de trastornos son factores psicológicos individuales como el carácter introvertido,

la baja autoestima, un rendimiento escolar e inteligencia elevados y en ocasiones antecedentes propios de sobrepeso.

La anorexia nerviosa se define como una distorsión de la imagen corporal con miedo a la obesidad que se traduce en una importante pérdida de peso, hasta llegar a un 15% inferior al esperado por la edad o a un índice de Quetelet $<17,5$. Esta pérdida es inducida por el propio paciente por medio de vómitos autoinducidos (con/sin eméticos), evitación de alimentos calóricos, laxantes y diuréticos, hormonas tiroideas) y ejercicio excesivo.

Están definidos varios subtipos de anorexia. El primero es el tipo restrictivo en el que la paciente no come y el segundo es el tipo no restrictivo o compulsivo en el que la paciente recurre regularmente a atracones y después purgas con vómitos, diuréticos y laxantes y enemas.

En la bulimia nerviosa no predomina una distorsión de la imagen corporal aunque sí tienen un miedo morboso a engordar y se fijan límites de peso inferiores a su peso óptimo. Tienen una preocupación persistente por la comida con deseos irresistibles de comer y pérdida del autocontrol.

El 50% de los pacientes bulímicos presentan crisis bulímicas a diario consistentes en consumo rápido y masivo de alimentos sin placer (normalmente hidratos de carbono y grasas que excluidas de su dieta habitual) y un posterior sentimiento de culpa que llega incluso a deprimirles. También emplean conductas dirigidas al control de peso como dietas estrictas intercrisis, ejercicio excesivo, vómitos autoinducidos (el 75% vomitan a diario) y fármacos.

En ambos trastornos, debido tanto a la propia restricción dietética como a los atracones y a las purgas, habrá una serie de complicaciones médicas.

Puede aparecer amenorrea que a su vez puede dar lugar a osteopenia y fracturas. Puede haber una disminución del metabolismo basal con hipotensión, bradicardia, hipotermia y hasta disminución de la frecuencia respiratoria.

Puede afectarse el eje HPT-HPF-gonadal dando lugar a una disminución del deseo sexual, a impotencia, frigidez.

Habrán alteraciones gastrointestinales como dilatación gástrica, sensación de plenitud postprandial, estreñimiento y reflujo gastro-esofágico.

Otras alteraciones posibles son el insomnio; alteraciones del estado de ánimo como euforias, disforias, depresión, ideación suicida. Y alteraciones de la sangre (pancitopenia) y la piel (lanugo).

En el caso de pacientes vomitadores además aparecerán ronquera, erosión del esmalte dental, hiperamilasemia e inflamación de parótida, sangrados gastroesofágicos, callosidad en dorso de mano (signo de Russell) y trastornos hidroelectrolíticos con riesgo de arritmias, fallo renal y crisis epilépticas.

El diagnóstico es clínico. La mayoría de las veces es un familiar el que acude a la consulta del pediatra o el médico de familia con el diagnóstico de sospecha.

Y por desgracia para cuando esto ocurre el trastorno lleva ya mucho tiempo de evolución con lo que el pronóstico empeora. Un diagnóstico temprano junto con un buen apoyo familiar o de pareja estable serán signos de buen pronóstico al inicio.

Existen una serie de escalas diagnósticas que sirven de apoyo al diagnóstico en la consulta. El más empleado hoy en día en atención primaria es el cuestionario SCOFF para la detección precoz de trastornos alimentarios en población de 14 a 55 años. El BITE se emplea para la población en general. También son de interés el EAT-26 (para mujeres de 15 a 18 años), el EAT-40 aplicable a todas las edades, el ChEAT para niños de 8 a 12 años y el BULIT y BULIT-R en valoración de la gravedad de la bulimia.

Los objetivos del tratamiento serán tratar las complicaciones físicas, restaurar o normalizar peso, educar en patrones nutricionales sanos y modificar las disfunciones del trastorno.

La base será un tratamiento psicológico con técnicas conductuales y técnicas cognitivas. En el caso de la bulimia nerviosa será una terapia cognitivo-conductual. En el caso de la anorexia son muy importantes las terapias familiares, psicodinámicas y psicopedagógicas.

En la mayoría de los casos será necesario hacer un tratamiento concomitante con fármacos antidepresivos como ISRS (fluoxetina en bulimia) y ATC (clomipramina en anorexia). También se emplean en ocasiones, aunque con poca evidencia científica, algunos antipsicóticos como olanzapina, pimozide y sulpiride y también topiramato y atomoxetina.

Finalmente en algunas ocasiones será preciso el ingreso de la paciente en el hospital. El médico y el psiquiatra deben tenerlo en cuenta ante una desnutrición severa con un IMC menor de 17, ante severas alteraciones orgánicas, ante grave sintomatología depresiva asociada con riesgo de suicidio, ante rechazo o falta de motivación del tratamiento o a veces ante falta de apoyo familiar por alteraciones en su dinámica.

La retirada del tratamiento será lenta y bajo riguroso control médico. Se hará únicamente tras un periodo prolongado de remisión completa. Y en este punto hay que recalcar que la recuperación ponderal no es sinónimo de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos del comportamiento alimentario son un riesgo severo contra la salud y la integridad física de quien lo padece del individuo. En ocasiones hasta el extremo de estar en riesgo de muerte. De ahí la importancia de un diagnóstico precoz.

El reconocimiento tardío de estas conductas va a suponer en muchos casos una cronificación y una muy dificultosa recuperación del paciente, por lo que hay que insistir en prestar atención tanto a pacientes de sexo femenino como masculino por el gran aumento en los últimos años de la prevalencia de estos trastornos en ellos.

El apoyo de las personas en el entorno del paciente va a ser fundamental en la recuperación. La terapia familiar forma parte integral e imprescindible del tratamiento, pues hay que evitar que inadvertidamente favorezcan en algunas ocasiones la permanencia y complicación del trastorno.

6 Bibliografía

1. Banet e. educación para la salud, la alimentación. Barcelona: GRAO; 2004.
- Castilla ML. Consejo dietético en Atención Primaria. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2005.
2. Castillo M, León M. educación sanitaria en alimentación y nutrición. Jaén: Alcalá. Asociación para la formación Continuada en Ciencias de la Salud y educación; 2002.
3. Gandarillas A, Febrel C. encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 2000.
4. Migallón P, Gálvez B. Anorexia y bulimia. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.

Capítulo 46

EL USO DE LA CAPNOGRAFÍA EN LOS PACIENTES CRÍTICOS

ANA TALAVERA SALVADOR

MARTA GARZÁS PARAMIO

NATALIA GALLEGO VILLAFAINA

1 Introducción

El uso de la capnografía junto con la pulsioximetría y el electrocardiograma nos permite establecer mayor fiabilidad y rapidez en el diagnóstico del paciente clínico.

La capnografía ha conseguido permitirnos valorar de forma continua y no invasiva el metabolismo, la perfusión y la ventilación del paciente intubado y del que respira espontáneamente.

La capnografía representa la medición continua y no invasiva del dióxido de carbono (CO₂) expulsado.

Se ha utilizado ya desde hace más de 40 años en el área quirúrgica para la monitorización de los pacientes intubados y hoy en día está disponible en los respiradores como monitorización complementaria a la ventilación del paciente crítico.

Existen varios métodos no invasivos para medir el CO₂ exhalado mediante diferentes tecnologías como la estimación del PH, la luz infrarroja y la espectrofotometría, uno de los capnógrafos más usados en las unidades de cuidados intensivos hoy en día son los de flujo principal o MainStream y los de flujo lateral, Sidestream y Microstream.

La medición del CO₂ exhalado se puede realizar de dos formas diferentes: como volumen llamada capnografía volumétrica, típica de pacientes intubados críticos y como presión parcial de gas respecto al tiempo, capnografía temporal. Es importante diferenciar otros dos conceptos. la capnometría, que es el valor numérico del CO₂ exhalado junto a la frecuencia respiratoria y que se mide en mm Hg o Torr; capnografía, que es la representación gráfica de la exhalación del CO₂ en función del tiempo (capnograma) mediante un capnógrafo.

2 Objetivos

Conocer el uso de la capnografía en los pacientes críticos.

Describir las funciones del diplomado de enfermería en cada caso y sus complicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 un capnograma normal se diferencian cuatro fases:

- Fase I. Comprende el período que va desde el final de la inspiración hasta el inicio de la espiración siguiente. Durante este tiempo no hay intercambio gaseoso ya que se inicia la ventilación del espacio muerto y el volumen de aire es prácticamente libre de CO₂ y muy similar al aire atmosférico.

Si conectamos un capnógrafo esta presión de CO₂ se conoce como autocero.

- Fase II. Hay una eliminación rápida de CO₂ mezclado con el CO₂ alveolar.
- Fase III o meseta alveolar. El aire exhalado procede de los alveolos y hay un ascenso lento y progresivo del CO₂ que forma una meseta hasta que se alcanza un punto donde la presión del CO₂ es máxima.
- Fase IV. Se inicia la fase inspiratoria y la presión parcial de CO₂ desciende bruscamente hasta llegar a 0.

Existe una correlación entre los datos obtenidos de técnicas invasivas como la gasometría arterial o venosa y las no invasivas como la capnografía. Así en un sujeto normal y sano, los valores normales se encuentran entre los 35-45 mm Hg y un 95-98%.

La indicación más empleada de la capnografía es conocer la posición correcta del tubo endotraqueal mediante el registro de los niveles de CO₂.

Si por el contrario dicha intubación estuviera en esófago, los valores de CO₂ registrados en el capnógrafo serían muy bajos y decrecientes hasta hacerse 0 en poco tiempo.

Otra opción de la intubación es la introducción del tubo endotraqueal (TET) en el bronquio principal derecho dejando sin ventilar el pulmón contralateral. El capnograma presenta un patrón obstructivo debido a que se aloja en la pared de dicho pulmón.

En el caso de la ventilación mecánica invasiva, la capnografía permite valorar los parámetros pautados por el médico y ver si está perfectamente adaptado a dicha modalidad ventilatoria y asegurar un nivel de sedación-relajación adecuada.

El paciente que se encuentra en ventilación espontánea pero precisa de algún apoyo de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) (CPAP, BIPAP) estará monitorizado con la capnografía y la pulsioximetría para valorar el estado óptimo de función pulmonar.

Las guías internacionales de reanimación cardiopulmonar (RCP) han consensuado el uso del capnógrafo imprescindible para valorar la calidad del masaje cardíaco. Así se ha comprobado que fluctuaciones de unos 10 mm Hg en una RCP por la ineficacia del masaje cardíaco ya sea por desconocimiento, por agotamiento del reanimador se recuperan rápido al cambiar de reanimador.

Valores de capnografía por encima de los 20 mm Hg podrían indicarnos que se recupera la función circulatoria.

Pronóstico de la reanimación. Valores por debajo de los 20 mm Hg mantenidos durante 30 minutos de RCP nos indicarían un pronóstico infausto.

En el caso de una crisis de broncoespasmo se observa que la meseta alveolar comienza a descender debido al enlentecimiento de la salida de aire desde las zonas broncoespásticas. Nos permite valorar la eficacia o no del tratamiento pautado.

5 Discusión-Conclusión

La capnografía es una técnica no invasiva que puede usarse en todo tipo de pacientes críticos, desde los neonatos hasta los adultos con respiración espontánea

o cuando precisan de algún tipo de apoyo ventilatorio mecánico invasivo o no invasivo.

El empleo de la capnografía junto con otras monitorización no invasivas (pulsioximetría, presión arterial o electrocardiografía) nos aportan información sobre el estado metabólico, hemodinámico y respiratorio del paciente crítico. Nos permite detectar anomalías clínicas en fases iniciales.

Las indicaciones más relevantes de la capnografía son la colocación adecuada del tubo endotraqueal en el momento de la intubación o en una posible extubación, la monitorización de la eficacia de la RCP prestada y la valoración y el control del tratamiento durante las crisis de broncoespasmo

6 Bibliografía

1. Utilidad de la capnografía en el paciente- Medicina Intensiva <https://www.medicina-intensiva.org>
› es-utilidad-capnografia.
2. (PDF) Capnografía para enfermería - ResearchGate https://www.researchgate.net/publication/305183448_.
3. Utilidad de la capnografía en la monitorización del paciente: <https://www.todostuslibros.com>
› libros

Capítulo 47

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

ANA TALAVERA SALVADOR

MARTA GARZÁS PARAMIO

NATALIA GALLEGO VILLAFAINA

1 Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) corresponde a una alteración de la irrigación sanguínea del encéfalo, ya sea de índole isquémica (falta de aporte sanguíneo) o bien hemorrágica, que provoca una abolición temporal o definitiva de las funciones neurológicas de la zona afectada y da lugar a un cuadro clínico denominado ictus o apoplejía, con pérdida de la conciencia, parálisis, trastornos del lenguaje, etc.

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen la tercera causa de mortalidad entre la población de los países desarrollados y la primera causa hasta la actualidad, los recursos (económicos, sociales y sanitarios), se han derivado más hacia la mitigación de las secuelas que hacia la prevención y tratamiento agudo de los pacientes con estos procesos.

En los últimos años el conocimiento de los factores de riesgo que posteriormente van a desencadenar esta patología, ha constituido un importante paso para la disminución de los enfermos con ACV. Sin embargo, las terapéuticas más recientes que llevan implícito la atención inmediata con terapias eficaces en las primeras horas de la enfermedad vascular cerebral, no se aplican con la prontitud deseada, presentándose por tanto, es por esto que un conocimiento de los

factores de riesgo para padecer la enfermedad cerebral aguda o ictus, debe ser todavía divulgado y extendido con mayor intensidad a la población, pero lo que es más importante es dar a conocer los síntomas premonitorios o iniciales que se producen cuando se va a desencadenar, si no se corrige, el proceso vascular cerebral o Ictus. Por eso una guía como la actual, en la que se enseña de forma clara y concisa, cuales son los síntomas de alarma como son: pérdida de fuerza o de sensibilidad de inicio brusco de un lado del cuerpo, dificultad para articular palabras, pérdida de visión, etc., es siempre bienvenida porque su difusión contribuye al mayor conocimiento de este proceso por la población, y es un paso importante para su tratamiento precoz.

2 Objetivos

- Contribuir a una mayor información del ACV en el colectivo de la enfermería a través de una revisión bibliográfica, desde el punto de vista médico y enfermero.
- Establecer un plan de cuidados que nos permita la actuación integral.
- Conocer la importancia de enfermería a través de la educación sanitaria en personas que padecen ACV.

3 Metodología

Para lograr los objetivos propuestos se realiza una extensa revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos.

Para realizar la búsqueda se introducen diferentes parámetros: ACV, accidente cerebrovascular, ictus, enfermería ACV, etc.

También se realiza una búsqueda manual en diferentes libros relacionados con los cuidados de enfermería.

Y por último, se busca información en diferentes páginas webs relacionadas con el tema.

4 Resultados

A continuación resumimos los principales cuidados de enfermería según necesidades.

- Respiración:

El cerebro necesita oxígeno para vivir y al mismo tiempo es el órgano que controla la respiración. Por eso, si es posible, administrar al paciente oxígeno a través

de una mascarilla nasal. Enseñar a hacer respiraciones profundas, con el fin de mejorar su nivel de oxigenación, de estimular la tos y para evitar el acumulo de secreciones.

Indicar al paciente en qué posiciones podrá respirar mejor, dependiendo de que tenga parálisis o no y si es del lado derecho o del izquierdo.

Si está encamado, colocar la cabecera de la cama elevada como mínimo a 30°, y realizar al paciente cambios de postura frecuentes, acompañado de ejercicios de fisioterapia respiratoria.

Hay que recordar que el acumulo de secreciones puede originar infección respiratoria, por ello es importante realizar aspiración de secreciones si se precisa.

También es importante realizar una correcta higiene nasal y bucal diaria.

- Alimentación:

Puede presentar dificultad o incapacidad para masticar y/o deglutir. Importante dar al paciente una dieta lo más apropiada a su déficit, en cada momento. Algunos alimentos son más fáciles de tomar que otros. Los alimentos blandos son más fáciles que los líquidos.

Aportar una dieta equilibrada rica en fibras, con líquidos abundantes (como mínimo 1.5 litros al día) y distribuido en cinco o seis tomas.

Si el problema del paciente es la incapacidad para la deglución, será necesario el uso de sondas para la alimentación, como la nasogástrica.

- Eliminación:

1. Urinaria:

En los primeros días puede presentar pérdida involuntaria de orina, que normalmente desaparecerá en unos días. Ayudar al paciente a reeducar el control de la micción para evitar instaurar una sonda urinaria.

Consejos que le pueden ser útiles:

- Establecer un horario para reeducar la vejiga, acudiendo al wc, utilizando cuña o botella cada dos horas.
- Usar protectores absorbentes o colectores urinarios.
- Realizar una higiene exhaustiva.
- Si tiene dificultad para comunicarse, estableceremos un método para que se exprese su necesidad.

2. Intestinal:

Es frecuente padecer estreñimiento. Se ve favorecido por factores como la inmovilidad, la disminución o la modificación de la dieta.

Medidas para evitar el estreñimiento:

- Establecer un horario para el paciente, de acuerdo con su hábito previo.

- Seguir una dieta adecuada, con alto contenido en fibra (lechuga, zanahoria, judías verdes, frutas con piel, cereales, carnes rojas y aves) y líquidos.
- Evitar comidas ricas en grasas, lácteos y chocolate.
- Es importante relajarse y establecer un ambiente íntimo.
- Realizar una higiene adecuada.

También puede aparecer diarrea, que generalmente cede con dieta adecuada. Importante que el paciente no se esfuerce en defecar.

- Higiene:

Al principio es posible que el paciente necesite ayuda para el aseo y cuidado personal. El enfermero enseñará al paciente y a su familia como realizarlo.

Realizar la higiene en cama si el paciente no puede desplazarse.

Si puede desplazarse, realizar la higiene en el baño, bajo la supervisión de un familiar o del personal auxiliar de enfermería.

Consejos básicos para dar al paciente para desvestirse y vestirse:

- Poner la ropa en orden que se necesita.
- Es más fácil si está sentado.
- Empezar a vestir por el miembro afectado. Para desvestirse al revés.
- Utilizar prendas amplias.
- Zapatos cómodos.
- Nunca con prisa.
- Actividad- movimiento:

La movilización del paciente es muy importante para su recuperación. El cambio frecuente de postura, levantar al sillón en cuanto sea posible y mantener una postura correcta, tanto en la cama como en el sillón y durante las movilizaciones, para evitar contracturas, lesiones en la piel y a recuperar, en la medida de lo posible, su autonomía.

Actividades para conseguir estos objetivos:

- Cambios posturales.
- Levantar al sillón. La postura correcta será con la espalda recta y la cabeza apoyada. El brazo afectado reposando sobre una almohada, el codo flexionado y la mano abierta. Las piernas apoyadas en el suelo y bien alineadas.
- Deambulación. Proporcionar todos los medios mecánicos que precise, (andadores, bastones).

Cuando su Neurólogo lo estime conveniente, el paciente será incluido en un programa de Rehabilitación y serán los médicos rehabilitadores y fisioterapeutas los que le enseñarán los ejercicios más adecuados para su recuperación. Es importante que el paciente los realice periódicamente.

- Reposo-sueño:

Es posible que tras sufrir un Ictus, el paciente pase por un periodo de intranquilidad, que unida a la hospitalización, harán que le sea difícil conciliar el sueño. También es posible que invierta el sueño y duerma de día. No podremos administrar ningún sedante, pero con la ayuda de su familia, procuraremos crear el ambiente adecuado para que duerma por la noche y se interese por su recuperación y por su entorno durante el día.

- Seguridad:

Para la seguridad física del paciente, debemos de tratar de que no haya obstáculos que le puedan ocasionar lesiones, de que no esté solo, de dar información acerca de las exploraciones que se realicen.

Como norma general aconsejar evitar las alfombras, los suelos encerados, el dejar objetos pequeños o cables por el suelo. Indicar que debe usar zapatos cerrados y con suela antideslizante. Si utiliza bastón o muletas o un andador, un taco de goma en sus extremos le evitará resbalar.

- Comunicación:

Tras haber sufrido un Ictus, el paciente puede presentar problemas para la comunicación. Para hablar se requiere, pensar lo que queremos decir, encontrar las palabras necesarias y expresarlas. Para comprender lo que nos dicen, debemos reconocer que nos quieren decir algo y retener e interpretar las palabras que nos dicen. Es posible que la lesión cerebral interfiera en este proceso y presente una alteración en la comunicación verbal o escrita.

También puede presentar alteración en la articulación o modulación de las palabras, como consecuencia de debilidad muscular o por falta de coordinación.

Aportar al paciente los medios alternativos para la comunicación. Instruir en el uso de tarjetas, dibujos, sonidos, para que pueda expresar sus necesidades. También proporcionar servicios de Logopedia. La recuperación puede ser larga de pende de la extensión de la lesión.

- Ocupación y ocio:

Tras sufrir un ACV se ven limitadas todo tipo de actividades, según aumente su grado de autonomía hay que favorecer que se restablezcan las actividades cotidianas del paciente tanto en si vida laboral como en otros ámbitos, como puede ser el ocio.

El personal de enfermería debe ayudar al paciente a que participe poco a poco en dichas actividades empezando por el autocuidado, y promoviendo actividades ocupacionales.

- Aprendizaje:

Es necesario proporcionar tareas y actividades para desarrollar esta función de aprendizaje, que se ve claramente afectada tras el accidente.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión será ayudar al paciente a recuperar la mayor funcionalidad posible y prevenir la aparición de nuevos accidentes cerebrovasculares teniendo en cuenta que el tiempo de recuperación y la necesidad de tratamiento a largo plazo es diferente para cada persona.

Prestaremos especial atención a mejorar el control de las personas que padezcan hipertensión arterial, tengan cifras de colesterol elevado, sean fumadores habituales, hayan sido diagnosticados de diabetes o tengan sobrepeso u obesidad.

Es muy importante la instauración de un tratamiento precoz y una rehabilitación temprana, prestando especial atención a la educación sanitaria del cuidador principal que será el encargado de llevar a cabo los cuidados de enfermería cuando el paciente reciba el alta hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Ruiz-Giménez N, Lez RP. Abordaje del accidente [Internet]. Gob.es. [citado el 2 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200204_1.pdf.
2. Ibáñez González R. Papel de enfermería en la atención al paciente con accidente cerebrovascular. Universidad de Cantabria; 2018.
3. Cometto MC. Manejo de enfermería en el accidente cerebro vascular inicial. Enferm glob [Internet]. 2005 [citado el 2 de agosto de 2021];4(2).

Capítulo 48

ACTUACIÓN ANTE UNA INTOXICACIÓN AGUDA MEDICAMENTOSA

MARÍA MARÍN SABARIEGO

JOAQUÍN PANCORBO MENA

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

1 Introducción

Las intoxicaciones tanto intencionales como accidentales, o las sobredosis de drogas conforman un importante índice de mortalidad, comorbilidad. Cuando la intoxicación es severa, puede que sea necesaria una reanimación cardiorrespiratoria organizada, aunque una complicación de esta situación es que la información sobre el paciente suele ser escasa o incompleta, lo que dificulta su actuación por parte de equipo sanitario (Arias Villalobos, et. al., 2021).

Cabe destacar que en los últimos años, se ha producido un incremento notorio del consumo de sustancias con fines de abuso, entre las que se encuentran los medicamentos, sin ningún criterio de raza, sexo, edad, religión, nivel cultural o dispersión geográfica, por ello, se contempla como un problema multidimensional que abarca aspectos económicos, políticos, educativos, sociales y culturales (Guirola Fuentes, et. al., 2019).

Para el diagnóstico de una sobredosis, se realiza a través de la información aportada por algún testigo o gracias a la presencia de alguna evidencia característica de esta situación. Aunque su diagnóstico requiere de unas pruebas analíticas que

conformen la sospecha, es cierto que es una situación en la que se debe actuar rápidamente y necesita de una observación y monitoreo constante debido a sus posibles consecuencias letales como depresión del sistema nervioso central, convulsiones o inestabilidad hemodinámica (Arias Villalobos, et. al., 2021).

En función del fármaco utilizado y de la vía de ingesta, el paciente puede desarrollar diferentes síntomas como miosis o midriasis, taquicardia o bradicardia, alteración de la conciencia, diarrea, hiperhidrosis, vómitos, dolor abdominal, cefalea, hipotonía, disnea, diplopía o pérdida de agudeza visual. Estos múltiples síntomas inmediatos se producen cuando el fármaco llega a su dosis tóxica máxima y el personal sanitario debe intentar paliar esta sintomatología para obtener la recuperación del paciente y evitar su defunción (Pérez Pérez, 2018).

2 Objetivos

Objetivo general:

- Conocer el protocolo de actuación ante una intoxicación aguda medicamentosa.

Objetivos específicos:

- Observar el incremento en la incidencia de casos de intoxicaciones agudas medicamentosas, y por lo tanto, de forma proporcional, el aumento de la incidencia de mortalidad y comorbilidad.
- Conocer las múltiples consecuencias que producen el abuso del consumo de sustancias.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Scielo, Science Direct, y en la plataforma Google Académico, utilizando las palabras clave "Intoxicación", "Medicamentos", "Protocolo", "Antídoto", "Limitación de la absorción", "Aumento de la eliminación". El intervalo de búsqueda ha estado comprendido entre el 2018 y 2022.

4 Resultados

El tratamiento de una intoxicación aguda varía según el grupo farmacológico al que pertenece el medicamento que se ha consumido en exceso. Pero es cierto que en cualquier caso, se debe adoptar las medidas de soporte vital básico que necesite el paciente, mediante una observación del paciente durante 12 a 24 horas

con monitorización de constantes vitales para determinar si se produce alguna complicación derivada (Laita, et. al., 2018).

Durante esta observación y monitoreo (frecuencia cardíaca, electrocardiograma, tensión arterial, saturación de oxígeno, glucemia y temperatura) , se debe realizar una valoración del esquema ABCDE, con el que se valora la permeabilidad de la vía aérea, la correcta ventilación aérea, el estado circulatorio y pulso, realizar un examen neurológico para determinar el nivel de conciencia mediante la escala Glasgow y comprobar el tamaño y reactividad de las pupilas, y un examen general del paciente y control de temperatura (Arias Villalobos, et. al., 2021).

Una actuación fundamental en el abuso de consumo de sustancias es la limitación de la absorción o el fomento de la eliminación. Además, existen determinados fármacos que presentan un antídoto que bloquea sus efectos, como por ejemplo, el N-Acetilcisteína en la sobredosis de Paracetamol, el Diazepam en la sobredosis de Cloroquina, Flumazenilo en la sobredosis de Benzodiacepinas y antidepresivos, Naloxona en la sobredosis por Opioides o Bicarbonato sódico en la sobredosis por Bloqueo del canal de Sodio (Arias Villalobos, et. al., 2021).

En el caso de la limitación de la absorción, se utiliza el carbón activado cuando la ingestión del medicamento es poco antes al inicio de la actuación por parte del equipo sanitario. Se recomienda la utilización de este método en dosis única cuando se realiza la ingesta dentro de un período previo a una hora y en los casos en los que no se dispone de un antídoto como tratamiento. Por lo tanto, la limitación de la absorción de un fármaco puede realizarse a través de un lavado gástrico y administración de carbón activado en un tiempo máximo de 12 horas aproximadamente. Esta herramienta está contraindicada en el consumo de cáusticos, metales o hidrocarburos, y se debe tener especial cuidado en los pacientes intubados por el riesgo de aspiración (Arias Villalobos, et. al., 2021).

Por último, se puede realizar el método de aumento de la eliminación de las sustancias, siendo la herramienta de elección la diuresis forzada, aunque su uso es limitado en fármacos de alto volumen de distribución o gran capacidad de unión a proteínas. También, excepcionalmente, se utiliza la hemodiálisis y otras técnicas extracorpóreas para la eliminación de sustancias en los casos de intoxicación grave, previo al estudio completo del fármaco y de la evaluación integral del paciente (Arias Villalobos, et. al., 2021).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, gracia a la realización de este capítulo, se ha podido observar el aumento de los casos de intoxicaciones agudas por medicamentos en los últimos

años, y como consecuencia a ello, el aumento de su índice de mortalidad y comorbilidad. Por ello, es fundamental el estudio de un protocolo general de actuación para las intoxicaciones agudas medicamentosas, tanto la realización de una limitación de la absorción, administración del antídoto para ese tipo de fármaco o el aumento de la eliminación previo al estudio del caso para poder así determinar el método de eliminación adecuado. Además, es vital conocer la metodología a realizar en función del tipo de fármaco y el tiempo de evolución del suceso, ya que es una situación que presenta múltiples consecuencias que son letales para el paciente como la inestabilidad hemodinámica, convulsiones o depresión del sistema nervioso central.

6 Bibliografía

Arias Villalobos, L. F., Peláez Echavarría, D., & Méndez Solís, G. (2021). Manejo agudo de la intoxicación medicamentosa. *Medicina Legal de Costa Rica*, 38(1), 101-118.

Guirola Fuentes, Jurek, Pérez Barly, Liudmila, García González, Yamilet, Díaz Machado, Alina, & Gobín Puerto, Odalys. (2019). Intoxicaciones agudas por medicamentos consumidos con fines de abuso. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48(3), e227. Epub 01 de septiembre de 2019.

Laita, A. D., Ruiz, A. D., & Castrillón, J. P. (2018). Enfermedades por tóxicos: intoxicaciones agudas más frecuentes por medicamentos y drogas. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(69), 4043-4054.

Pérez Pérez, A. (2018). Intoxicaciones medicamentosas en los servicios de urgencias hospitalarios.

Capítulo 49

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LIDERAZGO DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA

ÁLVARO MARTÍN CAMINO

ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO

GEMA GARCÍA ASCOZ

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

ELENA MUÑOZ MENENDEZ

1 Introducción

La enfermería de sus orígenes no ha parado de evolucionar y de perfeccionarse poquito a poco, ya que a día de hoy llega a ser una pieza fundamental en el sistema de salud, buscando permanentemente la excelencia en la práctica clínica.

Tal desarrollo ha facilitado y potenciado que los profesionales que nos dedicamos a este ámbito desarrollemos cualidades más específicas que permiten tener a día de hoy, líderes con personalidad y liderazgo. El liderazgo es muy importante en la gestión y en la dinámica de las organizaciones, empresas y sociedad en general. También lo es y muy importante y necesario en la práctica clínica y sobre todo, en las especialidades más complejas donde la toma de decisiones en situaciones difíciles puede poner en un juego la propia vida del paciente.

En todos los países a nivel general tanto en desarrollo como desarrollados, la sanidad tiene la responsabilidad y compromiso de contribuir al logro de la justicia en el sistema de salud. La enfermería debe actuar como líder en el propio lugar de trabajo para asegurar que los servicios de salud se puedan cubrir a todas las personas, con calidad, con oportunidad, con principios científicos y fundamentos humanitarios y éticos.

La atención primaria como base primordial de cualquier Sistema Sanitario, es donde la enfermera tiene un papel muy importante al realizar las intervenciones biopsicosociales con el paciente. Posee unas características muy amplias donde el objetivo fundamental es la promoción, prevención y educación de la salud.

Desde el 2004 en donde la OMS (Organización Mundial de la Salud) fundó la Alianza Mundial para la seguridad de los pacientes, la seguridad como concepto primordial, no ha dejado de avanzar convirtiéndose en un objetivo primordial en el ámbito sanitario.

En este trabajo se presentarán los resultados de una revisión de la bibliografía llevada a cabo para explorar la relación entre liderazgo enfermero y seguridad del paciente en el Centro de Salud.

Antes de comenzar con la metodología y resultados de esta revisión, se realizará un marco teórico para poder percibir conceptos, liderazgo y seguridad del paciente, así como su convergencia y complementariedad, desgranando cada uno de ellos y justificando los aspectos más significativos y cómo de su aplicación práctica permiten como fin, el perseguir el éxito del paciente en la Atención Primaria.

2 Objetivos

1. Objetivo general.

- Explorar el papel que tiene el liderazgo en enfermería dentro del ámbito de Atención Primaria para la seguridad del paciente.

2. Objetivo específico:

- Identificar en la literatura científica internacional el papel del liderazgo de enfermería en el área quirúrgica para la seguridad del paciente.
- Analizar el significado del liderazgo de enfermería en la seguridad del paciente.

3 Metodología

1. Diseño

Para alcanzar los objetivos del trabajo, se vio conveniente la realización de una revisión de la literatura, mediante la búsqueda estandarizada, rigurosa y sistemática de artículos sobre cómo influye el liderazgo de enfermería en la seguridad del paciente.

La obtención de esta información nos podrá ayudar a conocer las acciones relacionadas con las competencias que definen el liderazgo en enfermería, respondiendo así al primer objetivo del trabajo.

2. Estrategia de búsqueda

Para el presente trabajo se realizó una revisión de la literatura científica. Para todo esto se diseñó una estrategia de búsqueda utilizando las bases de datos Cochare, Scielo, Pubmed, Cinahl y artículos extraídos de referencias de otras publicaciones.

En primer lugar, se realizó una búsqueda general sobre el tema, para encontrar las sinónimos y palabras claves. Los términos iniciales utilizados para esta búsqueda inicial fueron: “Leadership” y “Perioperative Nursing”. A continuación, se realizaron diferentes combinaciones entre esas palabras clave y sus sinónimos, usando la búsqueda avanzada, hasta hallar la estrategia de búsqueda definitiva (Anexo II).

La búsqueda estratégica fue mediante las siguientes palabras clave: “leadership”, “irs management”, “patient safety”, “perioperative nursing”, “patient harm”, “surgical safety” y con el objetivo de localizar artículos que pudieran dar respuesta a los objetivos planteados previamente.

Para identificar las palabras clave anteriores y tras una revisión general sobre el tema, se fueron anotando las principales palabras clave relacionadas con el tema, encontradas en los artículos consultados. Posteriormente, se observó si estaban en los DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), identificando: Leadership (Liderazgo); Perioperative Nursing (Enfermería Peri-operatoria); Patient Safety (Seguridad del Paciente); Patient Harm (Daño del Paciente) y Risk Management (Gestión de Riesgos). Además, se consultaron los términos MeSH en Pubmed. Para la traducción al castellano de los términos MeSH se utilizó el traductor y diccionario WordReference.com (<https://www.wordreference.com>).

Tras diversas búsquedas, finalmente se estableció una estrategia de búsqueda definitiva que permitió identificar estudios relevantes para el tema planteado. Además de utilizar estos términos, también se han utilizado los operadores booleanos “OR” y “AND” para definir la búsqueda.

3. Criterios de inclusión y exclusión

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión, para cribar y sesgar los artículos que pudieran ser potencialmente útiles para los objetivos del trabajo

y seleccionar así los artículos a incluir en esta revisión.

- Criterio de inclusión: Artículos que traten del tema de liderazgo de enfermería en Atención Primaria y Comunitaria, Estudios de investigación o revisión de literatura.

- Criterio de exclusión: Artículos con antigüedad mayor a once años. Artículos duplicados. Artículos publicados en otros idiomas distintos al inglés o castellano. Artículos no disponibles en texto completo.

4. Selección de artículos y análisis

Para la selección de artículos se aplicó la estrategia de búsqueda en las diversas bases de datos y se eliminaron duplicados. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y los objetivos de la revisión, se procedió a la selección de los artículos por título, por resumen, y por texto completo. Además, para añadir más artículos se utilizó la técnica de snowballing, es decir, se extrajeron artículos para su revisión, de las referencias bibliográficas de los ya seleccionados. La figura 1, recoge el diagrama de flujo con el proceso descrito anteriormente.

El análisis de los resultados se realizó mediante una lectura reflexiva y una tabla de síntesis de artículos que sirvió de guía para el análisis bibliométrico y el análisis de contenido.

5. Consideraciones éticas

El presente trabajo, por ser una revisión de la literatura, ha tenido en cuenta las consideraciones éticas de los estudios incluidos en esta revisión y la información se ha extraído de artículos científicos. Dichos estudios, siguieron los protocolos y normativas específicas del Comité de Ética.

Para respetar las normas éticas y para evitar el plagio, se ha procedido a la citación de autores de artículos originales en el desarrollo de las ideas aportadas por cada uno de ellos y utilizados en el trabajo.

4 Resultados

Finalmente, al aplicar la estrategia de búsqueda en las bases de datos mencionadas, se obtuvieron un total de 88 resultados. Y tras el proceso de selección, se incluyeron 13 artículos.

En alguna base de datos, como Cochrane, al no obtener resultados con la estrategia mencionada, se optó por utilizar una estrategia de búsqueda más sensible y menos específica. En el Anexo IV se pueden ver las estrategias realizadas en cada base de datos y los resultados obtenidos.

1. Análisis bibliométrico.

Los 13 artículos seleccionados para el estudio fueron descritos y sintetizados en la Tabla 14 (Anexo VII) donde se incluyeron: Nombre del artículo, autores, país y año de publicación, estudio y método usado y por último los resultados y conclusiones del estudio.

La presente revisión, recoge artículos publicados entre los años 2010 y 2020, teniendo en cuenta un filtro cronológico de 11 años. El 2019 es el año que hubo un mayor PUBMED N = 21 artículos Estrategia de búsqueda COCHRANE N = 3 artículos SCIELO N = 1 artículo N = 88 artículos CINAHL N = 53 artículos TRAS APLICAR CRITERIOS DE SELECCIÓN N = 44 artículos LECTURA CRÍTICA (selección por texto completo) N = 27 artículos Artículos incluidos en la revisión N = 13 Artículos duplicados N = 17 artículos SELECCIÓN POR TÍTULO Y RESUMEN N = 35 artículos OTRAS FUENTES N = 10 artículos 21 número de publicaciones sobre el tema con un total de tres artículos (23,1%), seguido de los años 2013, 2014 y 2015 con un total de dos artículos por año (15,4%).

En relación al diseño del estudio, también se realizó una categorización de los artículos seleccionados, predominando con un 46,2% los estudios mixtos: cualitativos y cuantitativos y con un 30,8% los estudios cualitativos.

En cuanto a la distribución geográfica de los estudios seleccionados, tres fueron publicados en Estados Unidos de América un 23,1%, y en otros países, solo un artículo por país.

2. Análisis de contenido

Tras la lectura y síntesis de los 13 artículos seleccionados, se identificaron tres temas concretos que dieron respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos propuestos al inicio del estudio.

El primer tema engloba aspectos relacionados con las medidas de seguridad que se están llevando a cabo dentro del ámbito quirúrgico, y se enumeraran los modelos que se han encontrado en los artículos seleccionados. En esta sección se describe también cómo influye el “check-list” y los efectos que tiene en la salud y seguridad del paciente.

El segundo tema, se centra en analizar la importancia de las habilidades en el efecto que tiene el liderazgo de enfermería en la seguridad del paciente.

Finalmente, el tercer tema, menciona aquellas dificultades o barreras en la comunicación y el trabajo en equipo, que pueden influir en el liderazgo de enfermería y, por tanto, en la seguridad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados ponen de relieve que la práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura: la frecuencia de efectos adversos es baja y, además, predominan los de carácter leve.

A pesar de ello, la seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación del mismo, hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados. Si generalizáramos los resultados al conjunto de la población, podrían verse afectados de media 7 de cada 100 ciudadanos en un año.

La prevención de los efectos adversos en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los efectos adversos son evitables, y son más evitables (80%) a medida que es mayor su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio. La etiología (causa/as) de los efectos adversos es multicausal. En su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados. La consecuencia más común es un peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente, pero por otro lado a través de una buena promoción, prevención y educación de la propia salud del paciente podemos potenciar su salud.

Una cuarta parte de los EA no precisó cuidados añadidos, otra cuarta parte tuvo que ser derivado a asistencia especializada y la mitad fue resuelta directamente en Atención Primaria.

La seguridad del paciente es una prioridad global. Se considera la piedra angular de una atención sanitaria de buena calidad y es uno de los retos más importantes en todo el mundo. Por este motivo es muy importante fomentar el intercambio de información y la unidad del equipo, para dar un enfoque individualizado y centrado en la seguridad del paciente.

En términos generales, para garantizar la seguridad del paciente es importante que estén presentes factores como: la apertura de la comunicación entre los miembros del equipo, retroalimentación y comunicación sobre el error, frecuencia del informe de eventos, respuesta no punitiva al error, aprendizaje organizativo y aprendizaje continuo. Un paso positivo para mejorar la cultura de seguridad, es adaptar un estilo de liderazgo proactivo para que apoye las prácticas seguras.

El clima de seguridad puede ser a veces una tarea difícil de llevar a cabo, dado que se ha de buscar entre otros, un equilibrio entre la mejora de la calidad y la responsabilidad, el apoyo a la atención a la seguridad y la alta fiabilidad, el desarrollo de la cultura más justa en la organización y el logro de menores tasas

de eventos adversos.

Se ha constatado en diferentes estudios que mientras más compleja es una actividad, mayor es la probabilidad de cometer errores, es por ello, que se necesita que los profesionales de salud establezcan lazos multidisciplinarios de cooperación con todos los individuos involucrados en la atención primaria.

Según diversos estudios, la seguridad del paciente es un desafío constante, en donde el error humano puede tener consecuencias mayores o menores. Reducir al mínimo las incidencias y los impactos y maximizar la recuperación de los efectos adversos debe ser la premisa fundamental. Para garantizar la seguridad del paciente es importante disponer de una información correcta sobre la situación de los pacientes, es decir realizar una correcta, completa y minuciosa valoración del paciente, unos objetivos reales a cumplir a corto/medio y largo plazo y una planificación para poder llegar a esos objetivos.

Al tratarse de un equipo multidisciplinar es muy importante una correcta comunicación entre todos los integrantes del equipo y que el flujo de comunicación sea por todas las partes de los miembros. La comunicación deficiente entre el equipo, es la causa más frecuente de eventos adversos en todas las facetas de la atención de la salud, lo que provoca malas prácticas, retrasos en los tratamientos, errores de medicación, entre otras.

La falta de comunicación, colaboración y de trabajo en equipo son las causas más frecuentes de problemas en los pacientes. Diversos autores coinciden que, en general, los programas de formación en materia de seguridad tienen un efecto importante en la mejora de las actitudes de las enfermeras hacia una cultura de seguridad del paciente. Es importante destacar la implicación de los profesionales en el clima de seguridad, satisfacción en el trabajo, clima de trabajo en equipo, reconocimiento del estrés, percepciones de la dirección y condiciones de trabajo.

6 Bibliografía

1. Hernández C. Estilos de liderazgo de enfermeras y enfermeros del Servicio Cántabro de Salud [Trabajo fin de máster]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2016.
2. Rodríguez González A., Muñoz-Lobo MJ., Marzo-Martínez A., SánchezVicario F. Liderazgo en grupos de trabajo enfermeros. Percepciones. Enfermería clínica [revista en internet] 2019 Julio; 19(4). DOI. 10.1016/j.enfcli.2019.02.004
3. Castro Calvín J., González Simón M. Guenara Garay G., Mijangos del Campo JJ. El factor liderazgo en el Modelo EFQM de Excelencia: análisis empírico en el País Vasco. Estudios de economía aplicada. [revista en Internet] 2019; 27(2).

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3056983>

4. Rodríguez Gonzalo A, Muñoz-Lobo MJ., Marzo-Martínez A.Sánchez Vicario F. Liderazgo en grupos de trabajo enfermeros. Percepciones. *Enfermería Clínica* [revista en internet]. 2019Agosto; 19(4). DOI. 10.1016/j.enfcli.2019.02.004
5. Pera M. Liderazgo y trabajo en equipo: Una síntesis eficiente y necesaria en la cirugía actual. *Cir Esp.* 2017;87(6):337-8
6. Holge-Hazelton B. et al. Improving Person-Centred Leadership: a qualitative study of Ward managers. Experiences during the Covid-19 crisis. *Risk Management and Healthcare Policy* [revista en Internet] 2021 Abril; 14(1). DOI. 10.2147/RMHP.S300648
7. Aguilar MC, Calvo A, García MA. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud Pública de México* [Revista en Internet] 2017; 49(6): 401-407.
8. F. Hernansanz Iglesias, A. Claveria Fontán, J. Gervás Camacho. Informe SES-PAS 2012. La atención primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria. *Gac Sanit.*, 26 (2015)
9. R. Ruiz Moral, L. Peralta Munguía, L.A. Pérula de Torres, J. Olloqui Mundet, T. Carrión de la Fuente, A. Sobrino López, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria.*, 44 (2012), pp. 5-12
10. Chard R, Makary MA. Transfer of care communication: Nursing best practices. *AORN J.* 2015;102(4):329-42.
11. Goldstein D, Nyce J, Van Den Kerkhof E. Safety perceptions of health care-leaders in 2 Canadian academic acute care centers. *J Patient Saf.* 2017;13(3):61-7.
12. González JC, Paulina M, Saavedra H, Gisela T, Rivera M, Luisa M, et al. Estilos de liderazgo en jefes de servicio de enfermería. *Rev Enfermería Neurológica.* 2015;12(2):85-95.
13. Souza, L. Paulo, Cordeiro, A. Luiza, Nunes de Aguilar R. O. El liderazgo en la visión de enfermeros líderes. *Enfermería Glob.* 2016;12(30):268-80.
14. Almirón Arévalo V. Liderazgo transaccional vs liderazgo transformacional. *ReiDoCrea.* 2015;4(1):24-7

Capítulo 50

ENFERMERÍA ANTE EL SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

BEATRIZ OEO DELGADO

VANESSA VILLARTA HIGUERA

MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO

BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN

MARIA PORTELA COLAO

1 Introducción

El síndrome neuroléptico maligno, SNM, es una complicación que puede surgir tras la administración de antipsicóticos, que son aquellos medicamentos empleados en psiquiatría para el tratamiento de los trastornos psicóticos, del estado de ánimo y de personalidad. Se produce una reacción idiosincrásica asociada al bloqueo dopaminérgico del sistema nervioso central; como consecuencia, se objetiva un incremento central de serotonina y noradrenalina, lo que desencadena un desequilibrio de la dopamina, ocasionando hipertermia, rigidez muscular y alteraciones de la conciencia.

Dentro de los medicamentos neurolépticos que pueden desencadenar este efecto secundario se encuentran todos aquellos que bloquean el receptor D2 para la dopamina a nivel central, incluyendo antipsicóticos típicos y atípicos: proclorperazina, metoclopramida, droperidol y prometazina, entre otros.

Cabe citar que hay unas situaciones que tienden a aumentar el riesgo de aparición de este síndrome, entre ellas: asociación de varios neurolépticos, su administración parenteral, asociación de neurolépticos y antidepresivos tricíclicos o sales de litio, asociación de neurolépticos de acción retardada a agentes antiparkinsonianos y pacientes con síndromes cerebrales de naturaleza orgánica.

El SNM fue descrito por primera vez en el año 1960 por Delay, tras una reacción asociada al empleo de haloperidol. Aunque en la actualidad, su incidencia a nivel mundial es de 0'4-2'4%, en una proporción 2:1 hombre-mujer, se considera una urgencia neurológica, donde la rapidez en el diagnóstico y en la aplicación del tratamiento son fundamentales para prevenir las complicaciones e incluso muerte del paciente.

2 Objetivos

Conocer los cuidados asistenciales de enfermería ante una situación de síndrome neuroléptico maligno, buscando ofrecer una actuación de calidad, preservándose la seguridad del propio paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El síndrome neuroléptico maligno suele aparecer entre 24-72 horas tras el inicio o cambio en el tratamiento con antipsicóticos y presenta una serie de manifestaciones clínicas que una enfermera, como papel clave en la continuidad de cuidados, ha de conocer para detectarlos cuanto antes y así minimizar o evitar las posibles complicaciones asociadas. Entre ellos destacan:

- Rigidez muscular generalizada.
- Alteración del nivel de conciencia.
- Hipertermia.

- Hipertonía muscular propia de los estados extrapiramidales y definida como rigidez plástica o en “tubo de plomo”.
 - Aumento del tono muscular de orofaringe, causando disartria, disfagia y sialorrea.
 - Hipoventilación y disnea asociado a disminución de distensibilidad torácica.
 - Alteraciones vegetativas: taquipnea, taquicardia, diaforesis, palidez cutánea, incontinencia de esfínteres, alteraciones en la tensión arterial.
 - Complicaciones potenciales: deshidratación, insuficiencia renal aguda por rabdomiólisis y mioglobulinuria, neumonía y coagulación vascular diseminada.
 - Hallazgos de laboratorio: elevación de niveles plasmáticos de lesión muscular (creatininasa, CPK), marcadores de reacción inflamatoria tipo leucocitosis.
- A la hora de confirmar el diagnóstico, han de estar presentes los tres criterios diagnósticos mayores de Levenson (fiebre, rigidez muscular y elevación de CPK) junto a criterios menores de inestabilidad autonómica (taquicardia, taquipnea, presión arterial anormal, alteración de la conciencia, diaforesis) y leucocitosis.
- Respecto al manejo terapéutico, es fundamental tanto el diagnóstico rápido como la inmediatez en la instauración de medidas encaminadas a disminuir o prevenir complicaciones. Las actuaciones generales y específicas son las siguientes:
- Suspender la administración del neuroléptico pautado y avisar al psiquiatra de guardia y a la Unidad de Cuidados Intensivos para coordinar el traslado, en caso necesario.
 - Monitorización básica (TA, FC, FR Sat 02) e invasiva (PAI, PVC, T° central), según estado del paciente.
 - Oxigenoterapia para mantener Sat 02 > 93%.
 - Canalización de vía venosa periférica para administración de fluidoterapia intensiva, evitando el fracaso renal agudo por deshidratación y niveles elevados de CPK.
 - Extracción de analítica sanguínea: hemograma, bioquímica, niveles CPK.
 - Sondaje vesical para control de diuresis horaria.
 - Medidas físicas y farmacológicas para disminuir la temperatura corporal.
 - Administración de los fármacos dopaminérgicos bromocriptina 7.5-15 mgrs/día vía oral o amantadina 200-400 mgrs/día.
 - En aquellos pacientes donde no sea posible recurrir a esta vía (por rigidez extrema, hipertermia y rabdomiólisis), pautar dantroleno 1-2 mgrs/kg intravenoso para la relajación muscular.
 - Corrección de la inestabilidad hemodinámica y las alteraciones electrolíticas, en función del estado y evolución del paciente (betabloqueadores, antagonistas del

calcio, etc).

- Valoración del estado neurológico por medio de la escala Glasgow.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo con la importancia que tiene el equipo de enfermería en este tipo de cuidados ante pacientes con estas dolencias ya que el síndrome neuroléptico maligno es una urgencia neurológica que, aunque no es muy frecuente, si no se actúa rápido presenta un alto índice de complicaciones incluso de mortalidad. Se desencadena en un contexto psiquiátrico, por el uso de fármacos neurolépticos en pacientes susceptibles, donde se produce un bloqueo de los receptores dopaminérgicos.

La detección precoz, una rápida actuación multidisciplinar y el uso de protocolos de actuación es imprescindible para ofrecer unos cuidados asistenciales de calidad, garantizando la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. Cuesta Lozano D, Enríquez Calatrava V, Rodríguez Sánchez J, García Cánovas S, et al. Síndrome neuroléptico maligno. Pautas de detección y actuación. Internet: [http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/d4a07452-41b5-42d1-b83f-d65db3da6888/6db4f890-04de-404b-a728-acc6c10a41f/Sindrome_neuroleptico_maligo_deteccion_ac-tuacion.pdf5acc6c10a41f/Sindrome_neuroleptico_maligo_deteccion_actua-cion.pdf].
2. Ramos Cabrera V, Ramírez Calderón F. Rigidez muscular, trastorno de sensorio y antipsicóticos: reporte de caso. Horiz Med (Lima) 2019; 19(3):78-83.
3. Alonso Marín J, Castañeda Arango C, Palomino Camargo L, Pérez Agudelo J.J, Castro Álvarez J.F. Síndrome neuroléptico maligno asociado a la administración del haloperidol. Caso clínico. Rev Toxicol (2018) 35:7-10.

Capítulo 51

ENFERMERÍA Y SU INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE QUEMADO

BEATRIZ OEO DELGADO

VANESSA VILLARTA HIGUERA

MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO

BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN

MARIA PORTELA COLAO

1 Introducción

Las quemaduras son una causa importante de morbimortalidad 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 polisebáceo. 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.

-Extensión.

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 SC cada uno, el tronco anterior, el tronco posterior y cada pierna un 18% de SC y el área genital 1%.

2 Objetivos

- Conocer medidas tempranas de asistencia en personas quemadas.
- Conocer y actuar frente a quemaduras de distintos grados.

- 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 c/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.

- Escaretomia: 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 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 cartílago 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.

- Aplique las medidas de seguridad necesarias.
- Retire al paciente de la fuente de calor.
- Desnude 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.
- Monitoree: TA, FC, FR, ECG, SatO₂, ETCO₂ y temperatura.
- Oxigenoterapia a alto flujo.
- Canalice 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, inserte una vía intraósea y finalmente, vía central.
- Aíse 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 proceda como en el procedimiento de vía aérea difícil, valorando en último término la realización de cricotiroidotomía.

Administre Fluidoterapia:

- Comience con 500 ml de SSF en 30 min, pudiendo aumentar la cantidad si hemodinámicamente fuera necesario.
- No emplee coloides.
- Procure utilizar sueros templados.
- Analgesia y sede.
- Realice gasometría arterial y analítica sanguínea para determinar los niveles de lactato, indicador de posible intoxicación por derivados del cianuro. Determine la extensión de la quemadura según la regla de los 9.
- Realice cura local de la quemadura
- Si quemadura < 20% de la SCQ, valore la utilización de apósitos de gel de agua.
- No irrigar con agua en quemaduras superiores al 10%.
- En quemaduras locales de poca extensión no vacíe las ampollas que estén limpias e intactas, esto aumenta el riesgo de infección.
- En quemaduras en cara, genitales, manos o pliegues cutáneos, valore la utilización de apósitos de gel de agua.
- Recomiende elevar el miembro afecto.
- Indique vacunación antitetánica y consulta ambulatoria.
- Aproveche todo el producto exprimiendo el envase encima del apósito para optimizar el efecto deseado del producto.
- Mantenga la asepsia.
- Si quemadura > 20% de la SCQ, preste atención al control de pérdidas de calor realizando aislamiento con manta aluminizada.

- Evite irrigar con agua o SSF frío para no contribuir a aumentar la hipotermia.
- Valore la utilización de apósitos de gel de agua o cualquier tipo de apósito húmedo (SSF) y cubra estos y al paciente, con manta aluminizada para reducir la evaporación al mínimo y consiguiente contribución a la hipotermia. Aproveche todo el producto exprimiendo el envase encima del apósito para optimizar el efecto deseado del producto.
- Mantenga la asepsia.
- Mantenga el habitáculo del vehículo lo más caliente posible.
- Valore escarotomía si la quemadura afecta al tórax y/o existe síndrome compartimental. Que no permita movimientos torácicos adecuados.
- Coloque sonda vesical en caso de quemadura perineal y realice medición de diuresis.

Administre:

- 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).
- Trate otras posibles lesiones asociadas.
- Tape al paciente con una sábana o manta térmica.
- Traslado en USVA a centro de quemados con preaviso hospitalario.
- 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 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.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 52

ENFERMERIA ANTE EL PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

BEATRIZ OEO DELGADO

VANESSA VILLARTA HIGUERA

MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO

BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN

MARIA PORTELA COLAO

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 enfermería.

2 Objetivos

Objetivo principal:

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

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

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 neumotaponamiento, 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 $< 25 \text{ cm H}_2\text{O}$).
- 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 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 O_2 .
- 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 neumo tapón 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.

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.

64

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

Capítulo 53

HIPOTERMIA TERAPÉUTICA (HT)

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

JOAQUÍN PANCORBO MENA

MARÍA MARÍN SABARIEGO

1 Introducción

La Hipotermia Terapéutica (HT) es una opción terapéutica neuroprotectora cada vez más extendida en las unidades de cuidados intensivos y que consiste en un sistema de reducción de la temperatura corporal por debajo de 34°C. Los principales beneficios derivados de la HT son: la protección de los órganos vitales al disminuir la demanda de oxígeno, una mejor reperfusión coronaria y miocárdica, la reducción del metabolismo, y la disminución de la frecuencia cardíaca, la presión intracraneal y la presión arterial. Por otro lado, pueden derivarse ciertas complicaciones tales como desajustes renales, metabólicos, hematológicos, gastrointestinales y pulmonares; aunque las altas posibilidades de supervivencia y recuperación neurológica generan la aceptación de la HT, validando sus beneficios a largo plazo. La HT más utilizada en pacientes críticos es la hipotermia ligera, cuyo rango de temperatura oscila entre los 33°C y 35°C. (Caballero López et al., 2017)(Vintanel López et al., 2021) (Tapia-Velasco, 2015) (Miñambres et al., 2008)

La inducción a la hipotermia debe iniciarse tan pronto como sea posible para obtener el máximo beneficio. Para su uso correcto el tiempo de aplicación no debe ser inferior a 6 horas desde el ingreso del paciente en UCI y debe mantenerse durante al menos 12-24 horas. (Vintanel López et al., 2021)

La inducción a la HT tiene un gran interés en las UCI's ya que se trata de una técnica novedosa y puntera que precisa de un equipo multidisciplinar y protocolizado en el que los profesionales deben estar instruidos en la materia para poder llevarla a cabo de la mejor manera.

2 Objetivos

- Exponer los cuidados de Enfermería en la aplicación de la Hipotermia Terapéutica (HT).
- Conocer la aplicación, las recomendaciones, los distintos tipos de inducción, y los criterios de inclusión y exclusión de HT.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa utilizando las bases de datos Pubmed, Dialnet y Scielo. La búsqueda ha tenido lugar desde el 22 hasta el 24 de junio de 2022. Para la búsqueda se han seleccionado las siguientes palabras clave categorizadas como términos MeSH y DeCS: Hipotermia/Hypothermia, Inducida/Induced, Enfermería/Nursing; a través de las cuales hemos construido cadenas de búsqueda con los operadores "Y/AND" y "O/OR". Para guardar las referencias hemos hecho uso del gestor Mendeley. Finalmente fueron incluidas en esta revisión 4 fuentes bibliográficas.

4 Resultados

La HT puede inducirse mediante dos métodos: (Vintanel López et al., 2021) (Levin et al., 2016)

- La conducción o transferencia de calor entre dos superficies. La conducción se lleva a cabo mediante sistemas no invasivos, tales como medidas físicas de enfriamiento (compresas húmedas, bolsas de gel, ventiladores), mantas térmicas y dispositivos de enfriamiento controlado con agua helada (Artic Sun®).
- La convección o transferencia de frío mediante un gas o líquido para refrigerar internamente un organismo. La convección se lleva a cabo mediante técnicas invasivas, como la infusión de sueroterapia fría, donde normalmente se administran entre 30-40 ml/kg enfriados a 4°C.

Dichas técnicas de HT se aplican de manera combinada y comenzando con medios físicos externos, y tienen una eficacia similar durante las primeras 24

horas.

La inducción a la hipotermia consta de tres fases: (Caballero López et al., 2017b) (Vintanel López et al., 2021)

1) Fase de Inducción: el objetivo es conseguir una temperatura de 33°C.

- Debemos revisar la monitorización ECG, FC, TA, Sat O₂, PIC y de T^a, y monitorizar BIS.
- Realizar un examen neurológico con GCS y examen pupilar.
- Extraer analítica completa de base y GSA.
- Colocar al paciente en posición neutra con el cabecero en posición Fowler o Semifowler y protegiendo las zonas de decúbito para evitar la aparición de úlceras por presión o roce.
- Controlar y monitorizar el descenso de temperatura a 1-1,3 °C por hora, sin superar los 32°C.

2) Fase de Mantenimiento: el objetivo es mantener la temperatura conseguida (33°C), sin que haya variaciones superiores a 0,2- 0,5 °C. La duración de esta fase debe ser de 18 a 24 horas.

- Continuar con la monitorización continua y registro de constantes vitales y control neurológico.
- Revisar sedoanalgesia.
- Prevenir decúbitos, valorar estado de la piel cada 4-6 horas e higiene diaria.
- Algunas de las complicaciones más comunes de esta fase son: convulsiones, arritmias, bradicardias, hipotensión, lesiones piel.

3) Fase de Recalentamiento: el objetivo es la recuperación progresiva de la temperatura ideal (entre 36,1°C y 37°C) una vez pasadas las 24 horas de HT en 6-12 horas.

- Aumento gradual de la temperatura a razón de 0,2- 0,3°C.
- Iniciar desescalamiento de analgesia y sedación.
- Entre las complicaciones más comunes encontramos: hipertermia de rebote o convulsiones.
- Los tipos de recalentamiento pueden ser externos (mantas, estufas) o internos (infusión de líquidos calientes a 40°C, irrigación de cavidades con suero caliente, diálisis peritoneal o hemodiálisis, circulación extracorpórea).

Las principales situaciones de aplicación de la HT son en los casos de: traumatismo craneoencefálico (donde una hipotermia leve se relaciona con una mejor situación funcional) y una recuperación de parada cardiorrespiratoria (donde la

HT ya se considera un cuidado postparada dentro de la cadena de supervivencia). (Miñambres et al., 2008)

Criterios de Inclusión y Exclusión para la aplicación de HT: (Vintanel López et al., 2021)

A) Criterios de Inclusión:

- Edad entre 18-75 años.
- Parada Cardíaca que recupera circulación espontánea en menos de 60 minutos.
- Parada Cardíaca por Fibrilación Ventricular (FV) O Taquicardia Ventricular (TV) sin pulso, Asistolia.
- Valoración del estado neurológico: Situación de coma, Glasgow <8.
- Intervalo 5-15 minutos desde pérdida de consciencia al inicio de Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP).

B) Criterios de exclusión:

- Coma por otras causas.
- Embarazo.
- Enfermedad terminal previa a la parada cardíaca.
- Lesión neurológica irreversible.
- Presión Arterial Sistólica (PAS) menor de 90mmHg, aún con medicación vasoactiva o disritmia ventricular refractaria.
- Septicemia.
- Shock refractario.
- Coagulopatía / Sangrado severo.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que los pacientes tratados con Hipotermia Terapéutica (HT) presentan una mejor recuperación neurológica y una menor mortalidad, especialmente tras una parada cardiorrespiratoria o un traumatismo craneoencefálico; aunque a pesar de dicha evidencia la implementación de esta terapia aún no se ha generalizado tanto como se recomienda y su extensión debe ser impulsada en las UCI's.

El conocimiento de estos conceptos, así como la fisiología de la HT, sus distintos métodos de inducción con sistemas invasivos y no invasivos y las posibles complicaciones son primordiales para llevar a cabo unos cuidados intensivos de

Enfermería de calidad que potencien la supervivencia y recuperación neurológica del paciente neurocrítico.

6 Bibliografía

Caballero López A, Cárdenas Surí H, González Sánchez Y, González Alfonso O, Garzón Cabrera H, Reinoso Fernández W. Hipotermia terapéutica en el paro cardiorrespiratorio recuperado. *CorSalud*. 2017;9(4):236–41.

Levin R, Degrange M, Kennedy J, Porcile R, Botbol A, Blanco N, et al. Experiencia con hipotermia terapéutica en el paro cardíaco extrahospitalario. *Rev Argent Cardiol*. 2016;84(1):31–6.

Miñambres, E.; Holanda, M.S.; Domínguez Artigas, M.J.; Rodríguez Borregán JC. Hipotermia terapéutica en pacientes neurocrítico. *Med Intensiva*. 2008;5.

Tapia-Velasco R. Hipotermia terapéutica. *Rev Mex Anesthesiol*. 2015;38(3):449–51.

Vintanel López, Sandra; Palacín Nieto, Lara Pilar; Espinosa Capapey P. Soporte vital avanzado. Cuidados post-resucitación. Hipotermia terapéutica. *Rev Sanit Investig*. 2021.

Capítulo 54

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA

PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA

CRISTINA FERREIRO PELÁEZ

BEATRIZ GARCIA MENENDEZ

ANDREA VIEJO GONZÁLEZ

VANESA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

Una colostomía es una abertura creada quirúrgicamente en la pared abdominal por la que se aboca al exterior una porción de intestino grueso. Su práctica se debe principalmente a enfermedades oncológicas, cáncer de colon o recto las más frecuentes, o en menor incidencia por trastornos al nacimiento.

A través de ese orificio, denominado estoma, es por el que se eliminan las heces. Dicho orificio no tiene esfínter o músculo que impida o controle su evacuación, lo que implica su eliminación de forma involuntaria y continua. Esto hace necesario el uso de dispositivos de recogida, bolsas de colostomía, del que se dispone una gran variedad (sistemas cerrados, abiertos, de una o dos piezas, etc.), y que se elegirán según el tipo de estoma, el estado de la piel, o las características de las heces.

Pueden colocarse en cualquier porción de intestino en función de donde se encuentre la lesión, y en cuanto a su duración pueden ser permanentes, si son nece-

sarias para el resto de la vida, o temporales, en caso de que el intestino pueda ser reparado y recuperar su funcionalidad.

Dado que es una técnica quirúrgica, bajo anestesia general, requiere ingreso hospitalario y una serie de cuidados. Para una mejor atención existen equipos especializados en ostomías que se encargan de la vigilancia en el postoperatorio inmediato y la educación al paciente, y de su entorno familiar, en autocuidado del estoma.

Para facilitar la labor enfermera se ha creado el sistema del Plan de Atención Enfermera o PAE. Definidos como la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones, los PAE tienen como objetivo principal guiar a todo personal sanitario implicado en el cuidado de una misma persona hacia la consecución de unos objetivos comunes, establecidos en dicho plan.

Los planes de cuidados constan de las siguientes etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación. La Valoración constituye la base de las siguientes. Permite reunir la información necesaria para reconocer los problemas existentes o diagnósticos de enfermería, y a partir de estos planificar y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a la consecución de unos objetivos de salud, para posteriormente evaluar si estos se han logrado o es necesario realizar un nuevo plan.

Si bien existen múltiples taxonomías para reconocer los diagnósticos enfermeros, la Taxonomía II de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), basada en el marco de evaluación de los Estándares de Salud Funcional de la Dra. Mary Joy Gordon, es la más utilizada.

2 Objetivos

Dar a conocer un plan de cuidados en un paciente portador de colostomía mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer de 66 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal agudo desde hace 3 días y que ha empeorado a pesar de tomar analgésicos.

Sin antecedentes médicos ni intervenciones quirúrgicas previas. No tratamientos crónicos.

Se realiza analítica completa, radiografía (Rx) abdomen y tomografía axial computarizada (TAC) abdomen obteniendo el Diagnóstico médico: isquemia intestinal. Se procede al ingreso hospitalario y la realización de estudios para intervenir quirúrgicamente. Al día siguiente se realiza resección de porción de colon afectado y colocación de colostomía temporal. Tras tres días en unidad de cuidados intensivos (UCI) pasa a planta hasta recuperación completa.

Al ingreso se obtienen los siguientes registros: escala Braden 23 puntos (sin riesgo de presentar úlceras por presión), escala Barthel 100 puntos (independiente), IMC 19, escala Must 1 punto (riesgo medio de malnutrición), escala Downton 0 puntos (sin riesgo de caídas).

Obtenemos los siguientes diagnósticos de enfermería:

1. 00132 Dolor agudo r/c enfermedad a) Resultados NOC

- Control del dolor
- Nivel de deterioro del confort
- Nivel del dolor
- Satisfacción del paciente b) Intervenciones NIC

- Administración de analgésicos
- Administración de medicamentos
- Apoyo de la analgesia controlada por el paciente
- Manejo de los medicamentos
- Manejo del dolor
- Vigilancia

2. 00146 Ansiedad r/c amenaza de muerte y amenaza de cambio en el estado de salud. a. Resultado NOC

- Autocontrol de la ansiedad.
- Nivel de depresión.
- Autoestima. b. Intervenciones NIC
- Disminución de la ansiedad.
- Escucha activa.
- Asesoramiento.
- Técnicas de relajación.
- Potenciación de la seguridad.
- Apoyo emocional.
- Presencia.
- Contacto.
- Distracción.
- Aumentar el afrontamiento.

- Facilitar visitas.
- Apoyo al cuidador principal.

3. 00004 Riesgo de infección r/c catéter venoso de acceso periférico a) Resultados NOC

- Estado infeccioso.
- Estado inmune. b) Intervenciones NIC
- Protección contra las infecciones.
- Cuidado del punto de incisión.
- Control de las infecciones.
- Análisis de la situación de salud.

Una vez sale de UCI y llega a planta se realiza nueva valoración de la paciente, resultando los siguientes valores: escala Barthel 75 puntos (dependiente leve), escala Braden 19 (sin riesgo), IMC escala Must 3 puntos (riesgo alto de malnutrición), escala Downton 2 puntos (sin riesgo de caídas). La paciente llega a planta, consciente y orientada, en absoluta, sueroterapia por vía venosa central, bolsa de colostomía funcionando, y herida quirúrgica abdominal. Se levanta a sillón y puede ir al servicio. Dolor controlado con analgesia pautada c/4 horas.

Los diagnósticos enfermeros resultantes son:

1. 00132 Dolor agudo r/c herida quirúrgica a) Resultados NOC

- Control del dolor
- Nivel de deterioro del confort
- Nivel del dolor
- Satisfacción del paciente b) Intervenciones NIC
- Administración de analgésicos
- Administración de medicamentos
- Apoyo de la analgesia controlada por el paciente
- Manejo de los medicamentos
- Manejo del dolor
- Vigilancia

2. 00206 Riesgo de sangrado r/c cirugía a) Resultados NOC

- Mantenimiento de la integridad tisular.
- Control del riesgo.
- Conocimiento.
- Autocuidado. b) Intervenciones NIC
- Monitorización de signos vitales.
- Vigilancia.

- Guías de salud.
 - Enseñanza para el autocuidado.
3. 00004 Riesgo de infección r/c vía venosa de acceso central y cirugía a) Resultados NOC
- Curación de la herida. Por primera intención.
 - Estado infeccioso.
 - Estado inmune. b) Intervenciones NIC
 - Cuidado de la herida.
 - Cuidado del punto de incisión.
 - Control de las infecciones.
 - Cuidados de las heridas..
 - Análisis de la situación de salud.
4. 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c cirugía a) Resultados NOC
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
 - Curación de la herida: 1ª, 2ª intención. b) Intervenciones NIC
 - Cuidados de las heridas.
 - Prevención de las UPP.
 - Cuidados del punto de incisión.
 - Cuidados de la incontinencia intestinal.
 - Vigilancia de la piel.
 - Manejo de presiones.
 - Terapia nutricional.
 - Informe de incidencias.
5. 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad periestomal.
- a) Resultados NOC
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
 - Control del riesgo. b) Intervenciones NIC
 - Prevención de las UPP.
 - Vigilancia de la piel.
 - Cuidados de la incontinencia intestinal.
 - Terapia nutricional.
 - Informe de incidencias.
6. 00197 Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional r/c cirugía a) Resultados NOC
- Control del riesgo.
 - Eliminación intestinal.

- Hidratación. b) Intervenciones NIC
- Manejo intestinal.
- Favorecer la actividad física.
- Manejo del estreñimiento. Impactación.
- Manejo de líquidos.
- Manejo de líquidos. Electrolitos.
- Educación para la salud.

7. 00002 Desequilibrio nutricional por defecto r/c Trastornos de la asimilación o malabsorción. a) Resultados NOC

- Control de peso.
- Estado nutricional.
- Estado nutricional. Ingestión alimentaria y de líquidos.
- Estado nutricional. Ingestión de nutrientes. b) Intervenciones NIC
- Ayuda para ganar peso.
- Etapas en la dieta.
- Manejo de la nutrición.
- Monitorización de líquidos.
- Monitorización nutricional

8. 00015 Riesgo de estreñimiento r/c obstrucción postquirúrgica a) Resultados NOC

- Creencias sobre la salud.
- Eliminación intestinal.
- Manejo de la nutrición.
- Manejo de la actividad física. b) Intervenciones NIC
- Educación.
- Entrenamiento intestinal.
- Prevención.

9. 00013 Diarrea r/c malabsorción a) Resultados NOC

- Eliminación intestinal.
- Equilibrio electrolítico y ácido-básico.
- Equilibrio hídrico.
- Gravedad del síntoma.
- Hidratación. b) Intervenciones NIC
- Manejo de la diarrea.
- Manejo intestinal.

- Manejo de electrolitos.
- Manejo de líquidos/electrolitos.
- Manejo de líquidos.

10. 00118 Trastorno de la imagen corporal r/c cirugía. a) Resultados NOC

- Imagen corporal.
- Adaptación psicosocial.
- Autoestima.
- Resolución de la aflicción. b) Intervenciones NIC
- Potenciación de la imagen corporal.
- Potenciación de la autoestima.
- Escucha activa.
- Apoyo emocional.
- Aumentar el afrontamiento.
- Guía de anticipación.
- Identificación de riesgo.
- Facilitar el duelo.

11. 00153 Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal. a) Resultados NOC

- Control de la depresión.
- Autoestima. b) Intervenciones NIC
- Vigilancia.
- Escucha activa.
- Fomento de conductas de salud.
- Educación en salud.
- Fomento de la implicación familiar

12. 00014 Incontinencia fecal r/c anomalía del esfínter rectal y lesiones colorrectales. a) Resultados NOC

- Eliminación intestinal.
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas. b) Intervenciones NIC
- Cuidados de incontinencia intestinal.

13. 00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana r/c pérdida de control de las funciones corporales. a) Resultados NOC

- Nivel de depresión.
- Toma de decisiones.
- Intimidad.
- Respeto.
- Ganas de vivir. b) Intervenciones NIC

- Potenciación de la autoestima.
- Apoyo emocional.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Dar esperanza.
- Clarificación de valores.
- Facilitar el crecimiento espiritual
- Presencia.
- Ayuda para el control del enfado.
- Apoyo espiritual.
- Manejo del secreto.
- Adaptación de la comunicación.
- Manejo de la diversidad.

14. 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c falta de conocimientos.

a) Resultados NOC

- Conducta de cumplimiento.
- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.
- Conocimiento del régimen terapéutico.
- Participación: decisiones sobre asistencia de salud. b) Intervenciones NIC
- Modificación de la conducta.
- Ayuda en la modificación de uno mismo.
- Fomentar la implicación familiar.
- Manejo de la conducta.
- Guías del sistema sanitario.
- Educación sanitaria.
- Identificación de riesgos.
- Acuerdos con el paciente.
- Educación proceso de enfermedad.
- Facilitar la auto-responsabilidad.
- Apoyo en la toma de decisiones.

15. 00069 Afrontamiento ineficaz r/c Falta de oportunidades para prepararse ante el factor estresante a) Resultados NOC

- Adaptación a la discapacidad física
- Afrontamiento
- Ajuste psicosocial
- Autocontrol de impulsos
- Conocimiento
- Control de riesgos
- Desempeño del rol

- Toma de decisiones b) Intervenciones NIC
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Directrices anticipatorias
- Entrenamiento para el control de impulsos
- Mejora de la autoestima
- Mejora del afrontamiento
- Mejora del rol
- Modificación de conducta
- Orientación sobre el sistema de salud
- Reducción de la ansiedad

16. 00095 Deterioro del patrón de sueño r/c interrupciones para procedimientos terapéuticos. a) Resultados NOC

- Bienestar.
- Descanso.
- Sueño.
- Conservación de la energía. b) Intervenciones NIC
- Aumento del afrontamiento.
- Fomentar el sueño.
- Manejo de energía.
- Educación sanitaria.
- Manejo nutricional.

.

17. 00059 Disfunción sexual r/c alteración de la imagen corporal a) Resultados NOC

- Función sexual. b) intervenciones NIC
- Asesoramiento sexual.
- Aumentar el afrontamiento.

La paciente es dada de alta por mejoría clínica portando colostomía temporal hasta programación de cirugía de reconstrucción. Durante su ingreso recibió educación en el manejo de la colostomía por parte del equipo de Ostomías del hospital.

4 Discusión-Conclusión

Una colostomía es una cirugía para conectar el colon a la superficie del abdomen para permitir que las heces pasen a una bolsa de recolección fuera del cuerpo. La recuperación completa de una colostomía puede tomar hasta 2 meses. Si la colostomía es temporal, podría necesitar una cirugía de reversión, o cierre, luego de que el colon se haya curado. Por lo general, esta cirugía tiene lugar alrededor de 3 meses más tarde.

Tanto la atención inicial como el mantenimiento de estos dispositivos necesitan de unos cuidados específicos, y de una buena educación al paciente, que normalmente se realiza por equipos especializados en ostomías.

Los planes de cuidados de enfermería facilitan la labor diaria de los profesionales implicados en la atención de estos pacientes, pues permiten guiar las actividades realizadas por todos ellos en la consecución de unos objetivos comunes, así como sirven para valorar y medir la calidad de dichos cuidados.

5 Bibliografía

1. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. de NANDA International (Autor), T. Heather Herdman.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002942.htm>
3. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia/que-es-una-colostomia.html>
4. <https://www.convatec.com/ostomia/antes-de-la-cirugia/cirugia-los-fundamentos/cirugia-de-colostomia/>
5. https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/02/uoa_colostomy_esguide.pdf
6. <https://www.saludigestivo.es/>

Capítulo 55

ANALGESIA NO FARMACOLÓGICA PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN NEONATOS

MERCEDES MARTÍNEZ VELA

BEATRIZ PLAZA CAMPOS

LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE

ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO

1 Introducción

El dolor de los neonatos ha recibido insuficiente tratamiento durante muchos años debido a ideas preconcebidas e injustificadas que giraban en torno a que el recién nacido (RN) no presentaba dolor por la inmadurez del sistema nervioso central, o en caso de notarlo, no perduraría en la memoria de éste para el futuro. El profesional de enfermería es el encargado de realizar la mayor parte de los procedimientos invasivos al RN, entre los que se encuentran la punción del talón o administración de vacunas en los primeros meses de vida. Se ha demostrado que diversos métodos farmacológicos como la lactancia materna o soluciones orales de glucosa pueden usarse con el fin de restar dolor al causado por tales procedimientos.

El alivio del dolor debe resultar prioritario y de gran relevancia para los profesionales de enfermería pediátrica, a la vez que el uso de métodos no farmacológicos que son más accesibles, económicos, de fácil aplicación y sin efectos secundarios.

Es por ello que se considera un tema de gran interés e importancia ya que los resultados de esta revisión, además de beneficiar a los RN y sus familiares, también benefician a cualquier profesional o estudiante de enfermería que desee obtener información sobre el tema y aplicar los métodos en cuestión.

El objetivo principal de la revisión es demostrar la efectividad de los métodos no farmacológicos para disminuir el dolor de los procedimientos invasivos realizados por enfermería a neonatos. Por ello, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica con el resultado de 8 documentos seleccionados para su análisis en torno al tema en cuestión.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Manejar la eficacia de los métodos no farmacológicos en los procedimientos invasivos realizados en neonatos por enfermería

Objetivos específicos:

- Seleccionar el método no farmacológico más conveniente (lactancia materna o soluciones orales de glucosa) para disminuir el dolor de los RN al realizarles un procedimiento invasivo
- Definir el momento más adecuado para la administración del método no farmacológico (antes, durante o después del procedimiento invasivo)

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

EFICACIA DE LOS MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS

La totalidad de los documentos analizados sostienen que los métodos analgésicos no farmacológicos presentan eficacia en la reducción del dolor producido por procedimientos invasivos realizados por enfermería en neonatos. Por esta razón, con esta revisión se contesta a la pregunta de investigación realizada de forma

afirmativa: Sí, los métodos analgésicos no farmacológicos son efectivos en la reducción del dolor de los procedimientos enfermeros aplicados a neonatos.

De la totalidad de los documentos consultados, el 100% afirman que la LM es eficaz. En relación a la SOG, el 81,2% de los documentos analizados confirman que es eficaz, contrariamente al 18,8% que no encontró cambios relevantes en la reducción del dolor. Por eso podemos confirmar que ambas, LM y SOG, son técnicas efectivas, aunque la SOG lo es en mejor medida.

DETERMINACIÓN DEL MÉTODO MÁS CONVENIENTE

Tras el análisis, el 81,2% de los documentos analizados coinciden en que la LM es el método no farmacológico más eficaz opuestamente al 18,8% que otorgan más importancia a la SOG. Continuando la misma línea de investigación, el 38,3% de los documentos analizados recomiendan la LM como primera opción para reducir el dolor de los neonatos, recomendando la SOG como segunda en su defecto. Otro 18,8% de los documentos sujetan que la LM es el método no farmacológico de primera elección, y la sedoanalgesia neonatal junto con la contención como segundo método de elección.

Podemos afirmar, con los resultados obtenidos, que la LM es el método farmacológico más eficaz al que le sigue la SOG, siendo sugerido por varios documentos analizados el uso de la LM como método de primera elección, recomendando en su defecto la SOG.

MOMENTO MÁS ADECUADO PARA LA ADMINISTRACIÓN

Este ha sido el objetivo más complicado de definir, ya que el momento más adecuado para la administración de LM o SOG únicamente se mencionaba en un 62% de los documentos consultados.

No se ha encontrado unificación de criterios al respecto, ya que hay opiniones variadas en cuanto al momento de aplicación, recomendándose la misma antes, durante y tras el procedimiento invasivo por los distintos autores.

A pesar de que los datos obtenidos no sean suficientes para concretar el momento idóneo, se ha observado gran similitud entre los resultados de los documentos que hablan del mismo, siendo este durante todo el proceso, que también coinciden en que la LM es el método más eficaz.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber realizado esta revisión bibliográfica se puede concluir que la LM y la SOG producen disminución del dolor en neonatos a los que se les realizan procedimientos enfermeros tales como la administración de vitamina K o la punción

del talón. Más concretamente, en primer lugar se recomienda el uso de la LM, y en segundo lugar las SOG, también efectivas en menor medida.

Con respecto al momento de aplicación, no se puede determinar de forma muy fiable. Se recomienda el uso de la LM antes, durante y después del procedimiento. En cambio, la SOG únicamente antes y después. Es por ello que se ha considerado que se deberían ampliar las líneas de investigación sobre ambos métodos analgésicos no farmacológicos, incluso incluyendo otros procedimientos invasivos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 56

ENFERMERÍA Y LA QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN EN EL CÁNCER DE LARINGE

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

SILVIA PARADA QUIÑONES

LAURA LOPEZ MUÑOZ

MARIA TERESA LEDESMA HERANCE

1 Introducción

El tratamiento estándar del cáncer de laringe siempre ha sido la laringectomía total (LT). Se trata de una cirugía mutilante pero hasta entonces era la opción terapéutica con más supervivencia.

El primer tratamiento de preservación de órgano en el cáncer de laringe con resultados similares en supervivencia a la LTI fue la quimioterapia de inducción (QTi) seguida de radioterapia (RT). La Quimioterapia de inducción tenía como misión principal la selección de pacientes. Los pacientes que respondían a la QTi se suponía que responderían a la RT y los que no respondieran irían directos a cirugía.

A raíz de esta premisa, se desarrollaron múltiples opciones terapéuticas. Una de ellas fue la quimioterapia concomitante con radioterapia (QT+RT) que demostró tener mejores resultados que la QTi + RT.

Los médicos pensaron que si la QT+RT era muy buena opción, si sumaban a la ecuación la QTí los resultados a obtener serían aún mejor. Pero se equivocaron. Los pacientes que realizaban la terapia de QTí + QT+RT tenía más toxicidad y no podían completar el tratamiento.

Con todo ello, ha surgido una controversia que aun hoy en día se encuentra en entredicho: QTí sí o QTí no.

Se han realizado múltiples estudios al respecto aunque la mayoría no bien diseñados y escasean aquellos que presentan los quimioterápicos más óptimos comparando los esquemas por una lado de QTí + QT+RT con QT+RT.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir la situación actual de la QTí en el cáncer de laringe.

Objetivo secundario:

- Establecer una visión global de los esquemas de preservación en cáncer de laringe.

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

Al observar que la QTí seguida de RT daba tan buenos resultados en la preservación del cáncer de laringe, se comenzaron a estudiar diferentes modalidades de tratamiento para mejorar los resultados. La QT+RT fue la combinación que más mejoró la supervivencia siempre que el quimioterápico administrado sea el cisplatino.

A pesar de pensar que el añadir la QTí a esta modalidad mejoraría los resultados de supervivencia, en múltiples estudios se vio que no era así y que además aumentaba la toxicidad.

No obstante, muchos oncólogos no renunciaron a la hipótesis y vieron en la QT_i cuando se introdujeron los taxanos, muchas posibilidades en pacientes bien seleccionados.

Las desventajas del uso de la QT_i son: el elevado coste, la toxicidad y la duración del tratamiento.

Se ha visto que el retraso en el inicio del tratamiento empeora el pronóstico.

En los hospitales grandes, donde hay muchos pacientes y siempre los mismos medios, la QT_i permite iniciar antes el tratamiento sin retrasarlo con respecto a la QT+RT.

La QT_i también permite la selección de los pacientes, pues si no responden a la QT_i, se prevee que no responderán a la QT+RT por lo que estos pacientes van directamente a cirugía.

Se ha visto que la QT_i mejora el control locorregional. En las series de los ensayos en los que se administraba QT_i se ha observado una disminución significativa de las metástasis a distancia.

A la vista de estas ventajas, se ha ido acotando la selección de pacientes a los que se les puede administrar la QT_i beneficiándose de este hecho.

Estos pacientes ideales serían aquellos en los que se augura que puedan aguantar bien la QT_i a dosis óptimas seguida de la QT + RT, generalmente pacientes sin grandes comorbilidades

5 Discusión-Conclusión

La QT_i tiene muchos detractores pero también tiene defensores y en la actualidad tiene su parcela en el tratamiento del cáncer de laringe.

Se utiliza en los hospitales para seleccionar pacientes para el tratamiento de QT +

RT. También en aquellos pacientes que corren riesgo de un retraso en el inicio de tratamiento. Esto sucederá siempre y cuando se prevea que el paciente aguantará el posterior tratamiento. Además, estos pacientes se beneficiarán de un mejor control locorregional y menor número de metástasis a distancia.

A pesar de que hay numerosos estudios que relatan que la QT+RT tiene la misma supervivencia que la QT_i seguida de QT+RT, pero con menos efectos secundarios, existen artículos que confirman lo contrario: mejores resultados en la triple terapia.

6 Bibliografía

1. Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group, Wolf GT, Fisher SG, Hong WK, Hillman R, Spaulding M, Laramore GE, Endicott JW, McClatchey K, Henderson WG. Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med*. 1991 Jun 13;324(24):1685-90.
2. Ghi MG, Paccagnella A, Ferrari D, Foa P, Alterio D, Codecà C, et al ; GSTTC (Gruppo di Studio Tumori della Testa e del Collo) Italian Study Group. Induction TPF followed by concomitant treatment versus concomitant treatment alone in locally advanced head and neck cancer. A phase II-III trial. *Ann Oncol*. 2017 Sep 1;28(9):2206-2212.
3. Haddad R, O'Neill A, Rabinowits G, Tishler R, Khuri F, Adkins D, et al. Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy (sequential chemoradiotherapy) versus concurrent chemoradiotherapy alone in locally advanced head and neck cancer (PARADIGM): a randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2013 Mar;14(3):257-6.
4. Haddad RI, Posner M, Hitt R, Cohen EEW, Schulten J, Lefebvre JL, et al. Induction chemotherapy in locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: role, controversy, and future directions. *Ann Oncol*. 2018 May 1;29(5):1130-1140.
5. Hitt R, Grau JJ, López-Pousa A, Berrocal A, García-Girón C, Irigoyen A, Sastre J, et al; Spanish Head and Neck Cancer Cooperative Group (TTCC). A randomized phase III trial comparing induction chemotherapy followed by chemoradiotherapy versus chemoradiotherapy alone as treatment of unresectable head and neck cancer. *Ann Oncol*. 2014 Jan;25(1):216-25.

Capítulo 57

ENFERMERÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

SILVIA PARADA QUIÑONES

LAURA LOPEZ MUÑOZ

MARIA TERESA LEDESMA HERANCE

MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria es una situación de extrema urgencia en la que se produce un cese brusco e inesperado de la actividad cardíaca y respiratoria que conduce a la muerte si no se consigue revertir en los primeros minutos.

En España se estima una incidencia de PCR extrahospitalaria de 0,34 casos por 1.000 habitantes/año (1) e intrahospitalaria de 0,17 por cama hospitalaria/año en adultos y de 0,005 por cama hospitalaria/año en niños, lo que supondría entre 15.000 y 25.000 muertes al año en España (2).

La supervivencia al alta hospitalaria resulta muy variable según estudios, Nadkarni VM et al (3) señalan que sería del 27% en niños y del 18% en adultos.

Las actuaciones protocolizadas y las actividades estandarizadas son esenciales para mejorar la respuesta asistencial, y así, prevenir la PCR, reconocerla pre-

cozmente y tratarla eficazmente para revertirla y así mejorar la supervivencia y evitar posibles secuelas.

El tiempo es esencial en esta situación por lo que todos los profesionales de los centros sanitarios deben estar correctamente formados y organizados para llevar a cabo las actuaciones de reanimación cardiopulmonar y soporte vital adecuadas. Si estas maniobras se retrasan 5 minutos, las probabilidades de sobrevivir o recuperar las actividades cerebrales son escasas y prácticamente inexistentes si estas maniobras se inician después de 10 minutos.

En todo este proceso el personal de enfermería es esencial porque son los encargados de reconocer la situación, poner en marcha la cadena de supervivencia e iniciar de forma precoz las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y la desfibrilación en caso de ser preciso

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones del personal de enfermería en la detección e intervención inmediata en la PCR hospitalaria en pacientes adultos.
- Describir e identificar los signos y síntomas de detección precoz de la PCR.

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 PCR es la emergencia más dramática y estresante a la que cualquier profesional sanitario se puede enfrentar y dado que la evidencia científica confirma que una mejor respuesta asistencial a la RCP disminuye la mortalidad y las posibles secuelas, es esencial contar con profesionales formados en la misma.

Es de vital importancia que todos los profesionales conozcan las tareas que deben llevar a cabo en la atención a la PCR siendo capaces de tomar decisiones bajo presión y teniendo los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias en estas circunstancias.

En nuestro país el Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es el promulgado por el Plan Nacional de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, 92

Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), basado en las recomendaciones establecidas por el European Resuscitation Council (ERC), la American Heart Association (AHA) y el International Liaison Committee on Resuscitation.

En él se propugna una estrategia basada en la optimización de la llamada “cadena de supervivencia hospitalaria” que consiste en un conjunto de procesos, que realizados de forma ordenada, consecutiva y en un periodo de tiempo lo más breve posible, han demostrado científicamente ser los más eficientes para tratar a los pacientes con parada cardíaca:

1. Reconocimiento precoz de la situación de urgencia y alerta inmediata.
2. El inicio precoz de la RCP básica en menos de 1 minuto.
3. La desfibrilación (DF) temprana antes de los 4 minutos.
4. El soporte vital avanzado (SVA) en menos de 8 minutos y cuidados postreanimación.

Se ha establecido que el 84% de los pacientes presentan signos de deterioro en las 8 horas previas al evento y si estos pacientes hubieran sido tratados con antelación tendrían una menor incidencia de PCR.

Conociendo estos datos, podemos afirmar que la formación del personal sobre los signos de deterioro del paciente y la monitorización frecuente y apropiada de los signos vitales de los pacientes es esencial para detectar de forma precoz la PCR.

Son esenciales las recomendaciones claras para ayudar al personal en la detección precoz del deterioro del paciente, un sistema claro y uniforme de llamada para solicitar ayuda y una respuesta clínica a las llamadas que solicitan ayuda.

Los signos y síntomas de alarma y los parámetros de laboratorio premonitorios de posible PCR detectable por el equipo de enfermería son:

- Dolor torácico.
- Disnea.
- Dificultad respiratoria.
- Alteración del estado mental.
- Quejas gastrointestinales.
- Taquipnea mayor de 30 respiraciones por minuto.
- Frecuencia cardíaca menor de 30 sístoles por minuto o mayor de 130 spm.
- Presión arterial sistólica menor de 90 mmHg.
- Caída en la Escala de Coma de Glasgow de 2 puntos.
- Temperatura menor de 35°C o mayor de 38,5°.

- Acidosis metabólica o respiratoria.
- Anemia significativa.
- Elevación de la urea o de la creatinina.
- Hiperglucemia.

Si se produce una PCR en el medio hospitalario, la cadena de supervivencia se inicia en el lugar donde se detecta por los profesionales más cercanos y siguiendo el orden de actuación establecido:

A. ALERTA SIN DEMORA: Identificación de la gravedad, diagnóstico de la PCR y petición de ayuda.

B. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA (RCP-B).

C. DESFIBRILACIÓN PRECOZ.

D. SOPORTE VITAL AVANZADO.

La detección de la situación de inconsciencia se lleva a cabo por el personal de enfermería que debe valorar el nivel de conciencia del paciente y su patrón respiratorio.

Si el paciente no tiene orden de no reanimación, no ha manifestado previamente su deseo de no recibir RCP (instrucciones previas o voluntades anticipadas) o es un paciente en el que la PCR es un episodio esperado inevitable en el curso de una enfermedad terminal, el personal de enfermería responsable del enfermo asumirá el papel de primer reanimador e iniciará de inmediato el protocolo de soporte vital básico

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de esa revisión bibliográfica obtenemos que para que la cadena de supervivencia funcione correctamente debemos cumplir una premisa básica e indispensable, como es, que el personal de enfermería de los diferentes servicios y unidades de todo el sistema de salud, conozca la actuación que debe llevar a cabo de forma organizada, para actuar de forma precoz como primer interviniente en la PCR.

Para ello es indispensable contar con una equipo correctamente formado en RCP instrumental y que la RCP avanzada se active precozmente para que se inicien las maniobras adecuadas por personal cualificado, lo que supone constituir un equipo de soporte vital avanzado en cada hospital.

6 Bibliografía

1. López Messa J.B. Andrés de Llano J.M. Alonso Fernández J.I. Garmendia Leiza

J.R. Ardura J. Gil J.M. Características generales y variaciones temporales del paro cardíaco extrahospitalario. Comunicación XLVI Congreso Nacional SEMICYUC. Valladolid 2003.

2. Sandroni C. Nolan J, Cavallaro F. Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med* 2007; 33: 237-245.

3. Nadkarni V.M. Larkin GL, Peberdy M.A. Carey S.M. Kaye W. Mancini M.E. Nichol G. Lane-Truitt T. Potts J. Ornato J.P. Berg R.A. for the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation I. First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults. *JAMA* 2006; 295: 50-57.

Capítulo 58

ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA RESIDUAL INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE TERAPIA ASISTIDA POR PERROS

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

SILVIA PARADA QUIÑONES

LAURA LOPEZ MUÑOZ

MARIA TERESA LEDESMA HERANCE

MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA

1 Introducción

La esquizofrenia suele ser considerada como el trastorno psicótico por excelencia. Se trata de un trastorno mental grave, en general crónico, en el que puede haber frecuentes recaídas y que con el tiempo produce un deterioro personal, familiar, laboral y social de la persona enferma. Su prevalencia se estima en torno al 1%. La esquizofrenia se caracteriza por una mezcla de signos y síntomas etiquetados como síntomas positivos, si conllevan un exceso o distorsión de las funciones normales, o negativos, cuando implican la disminución o pérdida de las funciones normales.

En el curso de la enfermedad se pueden encontrar tres fases: Prodrómica, activa y residual. No todos los enfermos de Esquizofrenia llegan a esta última fase;

aproximadamente un tercio de ellos se recupera tras el primer brote, otro tercio mantiene ciertas limitaciones y el tercio restante evoluciona de forma crónica, pasando el paciente a la fase residual de la enfermedad.

El tratamiento habitual de la Esquizofrenia se basa en fármacos antipsicóticos que son muy eficaces sobre los síntomas positivos de la enfermedad pero no sobre los síntomas negativos. En general, los síntomas negativos se manifiestan de forma más clara tras la desaparición de los síntomas positivos e incluyen abulia, apatía, enlentecimiento del pensamiento, afecto aplanado, anhedonia y retraimiento social. Su persistencia hace que la enfermedad se alargue en el tiempo, causando un gran deterioro de las personas y en muchos casos precisando algún tipo de institución.

Por ello, se sigue trabajando en encontrar algún tipo de terapia o intervención, adyuvante al tratamiento habitual, que permita la mejoría de aquellos síntomas que persisten y dificultan el funcionamiento de la persona. Entre las alternativas que se han planteado se encuentra la Terapia Asistida con Animales (TAA), fundamentalmente terapia asistida con perros. La TAA es definida como un programa de intervención, dirigido por un miembro del equipo de salud mental, donde un animal, previamente entrenado, forma parte integral del proceso de rehabilitación o tratamiento del paciente.

La relación entre el ser humano y los perros se remonta, como mínimo, a hace 12.000 años, lo que ha creado un vínculo entre el ser humano y el perro a lo largo del proceso evolutivo de ambos en el que se sustenta, precisamente, la TAA. La presencia de un animal promueve las relaciones interpersonales y la integración en el grupo. El uso de animales como parte de las intervenciones educativas y terapéuticas ha ido aumentando considerablemente en los últimos años utilizando muchos tipos de animales como perros, cobayas, conejos, caballos e incluso animales de granja

2 Objetivos

- Elaborar un plan de cuidados estandarizado del paciente de salud mental con esquizofrenia residual incluido en un programa de terapia asistida por perros.

3 Metodología

Se diseña un plan de cuidados de enfermería estandarizado; Para ello se realiza una valoración integral del paciente mediante los datos recogidos en la historia clínica y los patrones funcionales de Marjory Gordon. Además se ha llevado a

cabo a través de los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA y sus respectivos criterios de resultados NOC e intervenciones NIC.

4 Resultados

Principales diagnósticos NANDA:

- 00130 Trastorno de los procesos del pensamiento r/c enfermedad mental m/p desorientación, desestructuración mental.
- 00146: Ansiedad r/c cambio en el entorno, estrés y conflictos m/p nerviosismo, disminución de la habilidad para solucionar problemas y rumiación.
- 00052 Deterioro de la interacción social r/c déficit de habilidades sociales, alteración de los procesos de pensamiento, privación del afecto, aislamiento m/p interacción disfuncional con los demás, incapacidad para recibir una sensación satisfactoria de participación social y de expresar sentimientos, uso de conductas de interacción social infructuosas.
- 00051 Deterioro de la comunicación verbal r/c trastorno mental m/p dificultad para expresar los pensamientos verbalmente y/o verbalización inapropiada.

Resultados NOC:

- NOC 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado.
- NOC 1402 Control de la ansiedad.
- NOC 0902 Comunicación.
- NOC 1502 Habilidades de interacción social.

Intervenciones NIC:

- NIC 1: 4320 Terapia con animales.

Utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación.

Actividades:

432009: Evitar las visitas con animales en pacientes impredecibles o violentos.

432011: Facilitar al paciente el cuidado y contacto con los animales de la terapia.

432012: Animar la repetición de caricias al animal de la terapia.

432014: Fomentar la expresión de emociones del paciente hacia los animales.

432016: Animar al paciente a que juegue con los animales de la terapia.

432019: Favorecer el recuerdo y el compartir las experiencias anteriores con animales domésticos y otros animales.

- NIC 2: Apoyo emocional.
- NIC 3: 5100 Potenciación de la socialización.
- NIC 4: 5820 Disminución de la ansiedad.
- NIC 5: 6450 Control de las ideas ilusorias.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que produce un gran deterioro en múltiples áreas de la persona que la presenta, por ello, es fundamental priorizar las intervenciones a realizar para lograr el éxito terapéutico. En este plan de cuidados nos centramos principalmente en la sintomatología negativa que presentan los pacientes con esquizofrenia residual: abulia, apatía, enlentecimiento del pensamiento, afecto aplanado, anhedonia y retraimiento social; y en cómo la enfermera especialista en salud mental puede llevar a cabo un plan de cuidados estandarizado para los pacientes incluidos en un programa de terapia asistida por animales; terapia que cada vez cobra más protagonismo y que enfermería puede realizar al estar recogida dentro de nuestras competencias en la Clasificación internacional de intervenciones enfermeras.

En este caso, llevar a cabo el programa de TAA en una unidad de media-larga estancia permite gestionar cada caso y realizar un seguimiento estrecho de la evolución de los pacientes participantes con esquizofrenia residual.

Las alteraciones relacionadas con la sintomatología negativa requieren de una modificación lenta y progresiva para conseguir los resultados esperados, es por ello, que se trata de una terapia co-adyuvante al tratamiento habitual de la esquizofrenia.

La TAA está demostrando ser una opción terapéutica para los pacientes de salud mental, produciendo mejoría sobre todo en aspectos emocionales y conductuales; y la enfermera especialista en salud mental está capacitada para llevarla a cabo junto al técnico y/o guía responsable del animal.

Con todo ello, los resultados esperados tras realizar las intervenciones NIC propuestas en el plan de cuidados son:

- Fomento de la memoria, el aprendizaje y otras capacidades cognitivas
- Acercamiento a los animales.
- Aceptación del contacto físico terapéutico.
- Aumento del nivel de autorresponsabilidad.
- Aumento cantidad y calidad de las interacciones sociales de los pacientes.
- Expresión verbal de pensamientos y sentimientos.
- Aumento de la motivación.
- Fomento de la autoestima.
- Disminución de la ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que produce un gran deterioro en múltiples áreas de la persona que la padece, por ello, es fundamental trabajar con

un método sistemático, estandarizado y multidisciplinar para conseguir el éxito terapéutico.

Los objetivos e intervenciones planteadas en este plan de cuidados de pacientes con esquizofrenia residual incluidos en un programa de terapia asistida con animales van encaminados a la mejora en la interacción social, su comunicación, motivación y expresión de pensamientos y sentimientos.

La terapia asistida con animales puede ayudar a disminuir los síntomas negativos de la esquizofrenia y mejorar la calidad de vida de los pacientes institucionalizados.

6 Bibliografía

1. Meise U y Fleischhacker W. W. Perspectives on treatment needs in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* (Suppl.). 1996; 9-16.
2. Manchon M y Tomé P. Terapia Asistida por Animales (I). *Animalia*. 1997; 74: 24-28.
3. Gallardo PA, Rivas RE. Terapia asistida con perros en pacientes con demencia y SPCD institucionalizados en centro residenciales de Toledo, España. *Informaciones Psiquiátricas* [Internet]. 2015; 220. Disponible en: <http://www.informacionespsiquiatricas.es/adminnewsletter/uploads/docs/20150617120238.pdf>
4. Martos R, Ordóñez D, Fuente I, García MR. Intervención asistida con animales (IAA): Análisis de la situación en España. *Escritos de Psicología* [Internet]. 2015; 8 (3): 1-10. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v8n3/informe1.pdf>
5. Muñoz B. Terapia asistida por animales de compañía aplicada en una residencia geriátrica en el medio rural. Universidad de Murcia. [Internet]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/123907>

Capítulo 59

CÓDIGO DEONTOLÓGICO, FUNDAMENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

MYRIAN CARCELEN RODENAS

MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEGO

MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ

CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO

PAULA JARA GARCÍA

1 Introducción

Según el Código Deontológico de la Enfermería Española, La Deontología es definida como “el conjunto de los deberes de los profesionales de enfermería que han de inspirar su conducta”. La enfermería es una profesión que surge de una sinergia fundamentada entre la vocación y la ciencia. Los profesionales de enfermería durante su acción formativa adquieren una base de conocimiento sólida vinculada al compromiso social. Este compromiso se nutre de la deontología enfermera, de nuestro deber profesional fundido con la beneficencia y el respeto de la autonomía. El código deontológico español constituye la base de la acción de la enfermería, es una directriz interiorizada desde nuestra formación en cada profesional y que referencia nuestra profesión. Dicho código está compuesto por

la totalidad de 85 artículos (incluyendo el artículo final) ordenados en 13 capítulos con la siguiente distribución:

- Capítulo I. Ámbito de aplicación
- Capítulo II. La enfermería y el ser humano. Deberes de las enfermeras/os
- Capítulo III. Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería
- Capítulo IV. La enfermera/o ante la sociedad
- Capítulo V. Promoción de la salud y bienestar social
- Capítulo VI. La enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados
- Capítulo VII. El personal de enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social
- Capítulo VIII. La enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad
- Capítulo IX. El personal de enfermería ante el derecho que toda persona tiene a la libertad, seguridad y a ser reconocidos, tratados y respetados como seres humanos
- Capítulo X. Normas comunes en el ejercicio de la profesión
- Capítulo XI. La educación y la investigación de la enfermería
- Capítulo XII. Condiciones de trabajo
- Capítulo XIII. Participación del personal de enfermería en la planificación sanitaria

Por todo lo anterior, me parece relevante realizar este proyecto de investigación para determinar el nivel de conocimientos del código deontológico en futuros profesionales de enfermería.

2 Objetivos

Determinar el nivel de conocimientos sobre el código deontológico en futuros profesionales de enfermería.

Identificar los puntos menos conocidos sobre el código deontológico 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.

ANALISIS 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. DELGADO-ALEMANY, R., BLANCO-GONZÁLEZ, A., & REVILLA-CAMACHO, M. Á. (2020). Códigos deontológicos: El rol de los colegios

- profesionales y las profesiones reguladas. Revista ESPACIOS. ISSN, 798, 1015.
2. Arboleda, J. V. R., Ordóñez, H. E., Ordóñez, M. I., & de Loja, P. (2020). La ética en la formación profesional de enfermería. *Ethics*, 15(17), 890.
 3. Bru, A. O., Cólliga, J. V., Nacher, L. S., & Lorente, M. M. S. (2020). La responsabilidad en el ejercicio de la profesión enfermera. Una experiencia de formación. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIdeC*, 13(2), 82-92.
 4. García Guerra, L. J. El código deontológico en enfermería: Comparativa entre el código del CIE, Colombia y España (Doctoral dissertation, Universidad de la Sabana).

Capítulo 60

EL PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y AUTOCUIDADO

PAULA JARA GARCÍA

MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEG0

MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ

MYRIAN CARCELEN RODENAS

CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO

1 Introducción

La colostomía es una técnica que consiste en abocar el colon al exterior. Las causas pueden ser múltiples, siendo una común la presencia de tumores. Según su tipología, pueden clasificarse de diferentes formas en función del lugar del colon donde se realice y también, según su temporalidad. EL paciente portador de dicho dispositivo sufre un cambio de vida significativo en todas sus esferas, por ello, el papel de los profesionales de la salud supone una figura de referencia para el aprendizaje de los cuidados. Respecto a la necesidad educacional, el personal de enfermería es una figura representativa para el paciente que porta este dispositivo, por ello, debe incidir en una formación activa con respecto a los cuidados (Higiene, alimentación, manipulación etc..), reforzando los puntos comunes

y llevando una supervisión continua del cuidado que presta el cuidador principal combinada con una metodología evaluativa para determinar su adherencia de los cuidados. Actualmente, debido a la necesidad de incrementar la información en pacientes portadores de este dispositivo, se disponen de guías de acceso público que complementa la acción formativa de los mismos, incrementando así su autocuidado. Por todo lo anterior, me parece relevante realizar este proyecto de investigación con el objetivo de conocer los conocimientos sobre los cuidados del paciente portador de colostomía.

2 Objetivos

Determinar el nivel de conocimientos del paciente portador de colostomía en el ámbito de atención primaria.

Conocer el grado de satisfacción educacional aportado por el profesional de enfermería de referencia.

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, estado civil, año de realización de la colostomía, situación laboral, acción formativa directa e indirecta etc.

ÁMBITO/POBLACIÓN: Atención Primaria. La población total ascenderá a 50 participantes. El tipo de muestreo será aleatorio simple.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN: Pacientes portadores de colostomía con al menos 12 meses y con formación previa educacional, siendo excluidos aquellos institucionalizados, con deterioro cognitivo o que no deseen formar parte del estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS: La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. 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. Frutos Muñoz, R. D., Hernando López, A., Béjar Martínez, P., Navarro Antón, C., Mayo Serrano, N., Layunta Acero, R., ... & Alonso Durán, M. (2011). Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas enferm*, 24-31.
2. Andrés Martín, L. (2016). Impacto psicológico y social de una colostomía en el paciente desde el enfoque de enfermería (Bachelor's thesis).
3. Gómez, G. P., Mejía, B. C., & González, S. H. (2017). Tener una colostomía: transformación de la corporalidad. *Cultura de los Cuidados*, (48), 23-32.
4. Rivas Calvete, O. (2015). Caso Clínico. Cuidados de Enfermería a una paciente portadora de colostomía transversa. *Metas enferm*, 12-18.
5. Sancho Gómez, S. (2015). Formación en el impacto, adaptación y cuidados de enfermería en una persona portadora de colostomía.

Capítulo 61

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA, FORMACIÓN EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEGO

CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO

PAULA JARA GARCÍA

MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ

MYRIAN CARCELEN RODENAS

1 Introducción

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es definida como “la administración del soporte ventilatorio sin la colocación de una vía aérea artificial como un tubo endotraqueal o una traqueostomía, sino mediante una máscara facial, nasal o un sistema de casco. La VMNI es una de las terapias de soporte más utilizadas en unidades de críticos y en urgencias, a pesar de esto, también son de referencia significativa en las plantas de medicina interna y UCRI (unidad de cuidados respiratorios intermedios). Los cuidados que requieren este tipo de terapia son condicionantes para su tolerancia y para su posterior éxito, ya que, según estudios, las primeras horas son determinantes para la consecución de su objetivo. La formación en los profesionales de enfermería es un punto clave para dicho abordaje,

en ella se objetivan aspectos fundamentales como la higiene, la observación directa y la resolución frente a la aparición de complicaciones. Actualmente se han vinculado guías de referencia para el manejo profesional con esta tipología de soporte ventilatorio, como las “Recomendaciones sobre la utilización de la ventilación no invasiva y terapia de alto flujo con cánulas nasales en el paciente adulto, pediátrico y neonatal con insuficiencia respiratoria aguda grave”, documento de Consenso de las Sociedades Científicas Españolas (SEPAR, SEMICYUC, SEMES; SECIP, SENEo, SEDAR, SENP), siendo esta, una bibliografía formativa de interés para el manejo de esta terapia. Por todo lo anterior me parece relevante realizar este proyecto de investigación con el objetivo de identificar los conocimientos respecto a cuidados de enfermería en VMNI en profesionales de enfermería en el área de urgencias.

2 Objetivos

Determinar el nivel de conocimientos respecto a cuidados de enfermería en VMNI del profesional de enfermería en el servicio de urgencias.

Identificar las acciones enfermeras más conocidas y desconocidas respecto a cuidados de enfermería en VMNI del profesional de enfermería en el servicio de urgencias.

3 Metodología

TIPO DE ESTUDIO: Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de desarrollo propio previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje. El mismo cuenta con variables sociodemográficas como la edad, sexo, servicio, experiencia profesional, formación durante el último año etc...

ÁMBITO/POBLACIÓN: Hospital General. La población total ascenderá a 25 profesionales. El tipo de muestreo será aleatorio simple.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN: Personal de enfermería con situación laboral activa en el servicio de urgencias hospitalarias 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 Statistical Package for Social Science (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. González-Castro, A., Campoverde, A. F., Medina, A., & Alapont, V. M. (2021). Ventilación mecánica no invasiva y oxigenoterapia de alto flujo en la pandemia COVID-19: El valor de un empate. *Medicina Intensiva*, 45(5), 320.
2. Gordo Vidal, F. (2021). La ventilación mecánica no invasiva en los servicios de urgencias.
3. Garcés, H. H., Muncharaz, A. B., & Crespo, R. Z. (2020). Ventilación mecánica no invasiva y COVID-19. Minimizando la dispersión. *Medicina Intensiva*, 44(8), 520.
4. Lahoz Guzmán, M. (2020). Cuidados de enfermería en la ventilación mecánica no invasiva del paciente adulto hospitalizado.
5. Mejía-Zuluaga, M., Duque-González, L., Orrego-Garay, M. J., Franco, Á. E., & Duque-Ramírez, M. (2020). Oxigenoterapia en COVID-19: herramientas de uso previo a la ventilación mecánica invasiva. *Guía simple. CES Medicina*, 34(SPE), 117-125.

Capítulo 62

LAS ESTRATEGIAS EN LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ

ALEJANDRA GARCIA JIMENEZ

MARÍA HERES FERNÁNDEZ

MARIA CRISTINA RODRÍGUEZ MORÁN

1 Introducción

La seguridad es un principio fundamental del cuidado de los pacientes y un componente clave de la calidad asistencial. La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas. Esta prioridad debe situarse en el centro de todas las políticas sanitarias, hecho que se objetiva por la creciente importancia que se le está concediendo desde el ministerio de Sanidad y la O.M.S. con la puesta en marcha de la alianza mundial para la seguridad del paciente.

A las consecuencias directas en la asistencia se suman sus repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y al propio dolor de los pacientes y sus familias. La organización se define

como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

2 Objetivos

Identificar y garantizar la correcta identificación de los pacientes durante su contacto con el Servicio (para prevenir errores relacionados con la asistencia sanitaria) y conocer las estrategias de la seguridad del paciente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar , Medline, Pubmed y, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como seguridad en el paciente, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, seguridad clínica, estrategias.

4 Resultados

La Seguridad Clínica, como dimensión de la Calidad Asistencial y como uno de los objetivos fundamentales de la calidad sanitaria, es que las diferentes direcciones de las entidades sanitarias (médica, de enfermería y administrativa) deben actuar en la misma trayectoria para conseguir el único objetivo que justifica su existencia:

El tratamiento integral del enfermo.

La Calidad Asistencial y la Seguridad Clínica serán pues definidas por la comunidad científica, por el profesional, el paciente y la sociedad.

El riesgo es definido por la Real Academia Española como “la contingencia o proximidad de un daño”. En el campo de la atención a la salud el término riesgo presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud

o su pérdida tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc.

Los objetivos de gestión clínica y gestión de riesgos de cada organización constituyen una referencia para la planificación y seguimiento de las actividades ligadas a la seguridad del paciente. El seguimiento de estos pasos ayudará a asegurar que el servicio sanitario proporcionado sea lo más seguro posible, y que cuando las cosas no vayan bien se reaccione de la forma correcta. También ayudarán a alcanzar los objetivos de gestión clínica y gestión de riesgos de cada organización.

CONSTRUIR UNA CULTURA DE CALIDAD.

Crear una conciencia de que las cosas pueden ir mal; ser capaz de reconocer errores y aprender de ellos para mejorar las cosas; debe ser abierta e imparcial para compartir la información abiertamente.

EL PAPEL DEL LÍDER DE LA ORGANIZACIÓN. Debe:

Fomentar una cultura abierta y justa; Designar un responsable ejecutivo de la Seguridad del Paciente (SP) dentro de la dirección de la organización; Incorporar SP a la formación del personal nuevo y del actual; Integrar la gestión de riesgos con la gestión global de la organización; Desarrollar indicadores (no errores medicación, transfusión...), objetivos, seguimiento e implementación de planes de mejora; Promover la comunicación de eventos adversos; Involucrar y comunicar a pacientes y familiares;

Aprender de los errores y enseñar a aprender al personal de cómo y por qué los EA suceden; Implementar soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, proceso o sistema.

INTEGRAR LAS TAREAS DE GESTIÓN DE RIESGOS. Las organizaciones pueden incorporar la Gestión de Riesgos a su Sistema de Gestión, incluyendo las herramientas de Gestión de Riesgos". Incluye todo tipo de riesgos: Integrar riesgos en Sistema de Gestión Clínica y en Modernizaciones y nuevas tecnologías; Información Reactiva y Proactiva a todos los niveles; Procedimientos consistentes de formación, valoración e investigación de riesgos.

PROMOVER QUE SE INFORME.

Asegurar que se aprende de las lecciones y se actúa proactivamente para prevenir y mejorar e incluye el proceso de aprendizaje, tanto de eventos que han producido daños como de los que no.

INVOLUCRAR Y COMUNICARSE CON PACIENTES Y PÚBLICO.

Involucrar a los pacientes en los diferentes aspectos de la sanidad puede mejorar la seguridad y el servicio prestado mediante: la identificación precoz de riesgos

y problemas por parte de los pacientes; la aportación de ideas y preocupaciones que puedan suponer mejoras.

La prevención de los riesgos de la asistencia sanitaria se ha abordado siguiendo el ejemplo de lo que han hecho otras industrias complejas y de alto riesgo, como por ejemplo la aviación o la energía nuclear. Estas estrategias se basan principalmente en los principios del análisis de sistemas y de la ingeniería de factores humanos, así como en las características que reúnen las organizaciones de alta fiabilidad para crear una cultura de seguridad.

Las estrategias son las siguientes:

Asamblea de la OMS, 2002: Resolución WHA55.18:

–Promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios.

–Lema ”primero no hacer daño”.

• Asamblea Mundial 2004: Creación de la Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes.

Estrategias:

Desafío global en seguridad del paciente.

Implicación de pacientes y consumidores en la seguridad.

Desarrollar una taxonomía en seguridad del paciente.

Investigación en seguridad de pacientes

Comisión Europea, 2005:

– Declaración: “Patient Security: make it happen”

Consejo de Europa, 2005:

– “Declaración de Varsovia sobre la Seguridad del Paciente: La seguridad de los pacientes como un reto europeo”.

– Recomienda a los países que acepten este reto a escala nacional mediante el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático

5 Discusión-Conclusión

El progreso hacia una asistencia sanitaria más segura es lento y requiere el compromiso a nivel nacional de todas las administraciones y organizaciones sanitarias para situar de forma prioritaria la seguridad de los pacientes en el centro de todas las políticas sanitarias. Se trataría de diseminar una cultura para el cambio que permita al público demandar de sus líderes que hagan de la seguridad una prioridad local y que permita a los profesionales sanitarios adquirir un com-

promiso que no responda sólo a mandatos sino fundamentalmente a la necesidad de la mejora de calidad de atención a sus pacientes.

La seguridad clínica de los pacientes tiene que llegar a los centros sanitarios donde son atendidos los pacientes para que se pueda producir un cambio en la cultura, en la organización y en la práctica clínica.

6 Bibliografía

1. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
2. Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016. Osakidetza. Septiembre 2013.
3. Procedimiento General de Identificación de Pacientes. Anexo I. Estrategia para la seguridad del paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. SSPA. Diciembre 2009.
4. Sánchez-Caro J, Abellán F. Datos de salud y datos genéticos, su protección en la Unión Europea y en España. Editorial Comares, S.L. 2004.

Capítulo 63

LOS CUIDADOS GENERALES EN LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS

PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ

1 Introducción

La mayoría de las personas cambiamos de postura cuando nos notamos incómodos en respuesta a la presión que sentimos en las diferentes zonas de apoyo. Sin embargo, las personas que no sienten esta presión o que no pueden moverse, no tienen la capacidad para realizar ellos mismos estos cambios de posición, como ocurre en diferentes demencias y en pacientes encamados.

Es aquí donde cobra vital importancia el celador y el técnico auxiliar de enfermería, ya que la falta de movilidad, unida a las características de la piel de nuestros mayores, más seca y fina puede crear riesgos cutáneos y provocar la aparición de problemas en la piel como, por ejemplo, las úlceras por presión.

Los cambios de posturales será una excelente medida de prevención de lesiones en la piel, escaras y úlceras por presión. Todas las posiciones que se ejecuten en la cama deberán facilitar al cuidador labores como asear, alimentar, distraer, curar y manejar cada práctica que el paciente requiera. Las posiciones más comunes para los cambios posturales en pacientes hospitalizados postrados en cama son las posiciones supinas izquierdas y derechas y laterales. Como ya mencionamos, se debe realizar los cambios posturales cada 2 horas o siempre que el paciente lo necesite para evitar la aparición de úlceras por presión.

2 Objetivos

Identificar y evitar la aparición de úlceras por presión para poder proporcionar bienestar y descanso a los pacientes que están encamados.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas de movilización a pacientes encamados, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: pacientes, cuidados, movilización, cambios posturales.

4 Resultados

Las personas que realizan actividades de la vida diaria de forma independiente cambian su postura en función de la presión que el propio cuerpo ejerce sobre la zona de apoyo.

Sin embargo, cuando las personas carecen de la capacidad de sentir esta presión o no pueden moverse por sí mismas a pesar de poder sentir la presión, pueden desarrollar cambios en los músculos o la piel (úlceras de decúbito o úlceras por presión).

Para realizar el cambio de posición variaremos la postura cada 2 o 3h, alternado ambos laterales (izquierda-derecha) la postura boca arriba (o supino) y la posición de semi-sentado a Fowler. Así mismo aprovecharemos cada cambio de posición para verificar la integridad cutánea y aplicar con aceite natural de almendras, que ayuda a regenerar la piel y refuerza la acción de barrera protectora, además de estar especialmente diseñado para prevenir y proteger la piel de úlceras por presión debido a la falta de movilidad.

La posición de Fowler hay que colocar al individuo sobre su cama en una posición semi-sentada de aproximadamente 45-60 grados con las rodillas extendidas o flexionadas utilizando para ello una almohada colocada debajo de las rodillas. Colocar la cabecera de la cama elevada unos 60-90 cm hasta la altura deseada y crear el ángulo característico de la postura para mayor confort del encamado utilizando una almohada detrás del cuello.

La posición decúbito supino hay que colocar una almohada para que quede apoyada la cabeza (No es conveniente poner muchas almohadas, porque puede producirse una contractura por excesiva flexión del cuello). Es aconsejable poner una

almohada blanda y delgada debajo de las pantorrillas para que el peso de las piernas no descansen sobre un punto en concreto y para que las rodillas queden ligeramente flexionadas. A modo de «tope» se puede colocar una almohada que evite la extensión excesiva de los pies.

La posición lateral hay que poner al paciente de lado y colocar una almohada bajo la cabeza para que la cabeza y el tronco queden alineados. Separar un poco del tronco el brazo que queda debajo para evitar que el peso del cuerpo recaiga sobre este brazo. El brazo que queda encima debe estar algo flexionado y descansando sobre una almohada para que la zona del pecho quede liberada de presión. Colocar una almohada entre las dos piernas para evitar el roce y flexionar ligeramente la pierna que queda encima. Puede ser necesario colocar una almohada en la espalda para que el tronco no caiga hacia atrás.

La posición de Roser es mantener una hiperextensión del cuello, se realiza con el paciente acostado decúbito supino y con la cabeza sobresaliendo de la mesa o de la cama. Su aplicación se realiza en procedimientos quirúrgicos y para higienizar el cabello de pacientes encamados. La posición de Nefrectomía se coloca al enfermo encamado en decúbito lateral flexionando la mesa quirúrgica dejando al descubierto la zona iliaca. Esta posición no es muy frecuente ya que solo se usa en quirófanos específicos y para cirugías renal o benigna de extirpación o reconstructiva. Está dentro de las posiciones anatómicas más delicadas y que requieren un cuidado especial para el paciente.

La posición de trendelenburg consiste en colocar al paciente en una postura de decúbito dorsal (boca arriba), pero con la cabeza más abajo que los pies. Por efecto de la gravedad, esto beneficia el retorno venoso de gran volumen de sangre desde la vena cava inferior al corazón, haciendo circular mejor el flujo sanguíneo hacia el cerebro.

Es importante proporcionar y garantizar el cuidado de las personas con movilidad reducida, o con discapacidad que no pueden valerse por sí mismas. Y requieren de dedicación, responsabilidad y amor, pues sus circunstancias son susceptibles para ellos y su entorno.

5 Discusión-Conclusión

La coordinación, organización, logística familiar y hospitalaria son los pilares fundamentales para que el paciente pueda sobrellevar de manera positiva el periodo de tiempo en el que requiera reposo guiado por especialistas calificados que garanticen su bienestar total.

El paciente encamado gozará de una mejor salud en general si aplicamos esta se-

rie de cambios posturales programados individualmente con las posiciones más adecuadas para cada uno y, normalmente realizados cada 2 o 3 horas por el día y 4 por la noche y, aplicando a su vez las medidas de prevención citadas anteriormente evitaremos que surjan las úlceras por presión (UPP).

6 Bibliografía

1. [http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/CAMBIOS%20POSTURALES %20Y%20TECNICAS %20DE%20 MOVILIZACION %20Y%20 TRASLADO %20DEL%20 PA-CIENTE.pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/CAMBIOS%20POSTURALES%20Y%20TECNICAS%20DE%20MOVILIZACION%20Y%20TRASLADO%20DEL%20PA-CIENTE.pdf)
2. [https://ayudas tecnicas ibiza.com/ cambios-posturales/](https://ayudas tecnicas ibiza.com/cambios-posturales/)
3. [http://www.hca.es/huca/web/enfermería/html/f_archivos/CAMBIOS%20POSTURALES %20Y%20TECNICAS %20DE%20 MOVILIZACION %20Y%20 TRASLADO %20DEL%20 PA-CIENTE.pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermería/html/f_archivos/CAMBIOS%20POSTURALES%20Y%20TECNICAS%20DE%20MOVILIZACION%20Y%20TRASLADO%20DEL%20PA-CIENTE.pdf)
4. [https://ayudas técnicas ibiza.com/ cambios-posturales/](https://ayudas técnicas ibiza.com/cambios-posturales/)

Capítulo 64

USO INAPROPIADO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR

MARIA VICTORIA IBARRULA GLERA

1 Introducción

La vía intramuscular es muy utilizada en las consultas y en las urgencias de atención primaria, quizás en exceso, por la creencia de los pacientes y de los profesionales sobre la eficacia y la rapidez de acción de los medicamentos intramusculares, que no se corresponde con las evidencias farmacológicas.

A diario vemos pacientes que acuden a urgencias solicitando la vía intramuscular: “vengo para que me pichen”, “las pastillas no me hacen nada”, “ya he tomado de todo”, “siempre me pinchan”, “no me han hecho nada, unas pastillas y a casa”. Se crea una relación de gran dependencia con el sistema sanitario y los profesionales se sienten presionados para cumplir con las expectativas del usuario. El resultado es una sobreutilización injustificada de la vía intramuscular.

Los problemas derivados de la administración intramuscular se pueden evitar empleándola solo en caso necesario y usando una técnica segura para evitar la transmisión de enfermedades, las infecciones locales y las lesiones de nervios o músculos en el sitio de la inyección. Se tendrá en cuenta la situación general del paciente, se mantendrá la esterilidad en todo momento y se puncionara en el lugar más apropiado, sin cambiar de plano para administrar una segunda inyección.

La OMS, define como “inyección segura” aquella que no perjudica al receptor, no expone al profesional sanitario a ningún riesgo evitable ni produce desechos que sean peligrosos para la comunidad.

2 Objetivos

Evidenciar el uso abusivo e inapropiado de la administración intramuscular de medicamentos , en especial en el ámbito de la atención sanitaria urgente.

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

Existe la creencia de que los medicamentos por vía oral se absorben más despacio y de forma más variable que cuando los aplicamos por vía intramuscular.

Damos por hecho, tanto pacientes como profesionales sanitarios, que la inyección intramuscular es más rápida y efectiva.

Esto no se corresponde con la evidencia farmacológica: la absorción y la biodisponibilidad de los fármacos está mediada por diversos factores, pero estos no interfieren de manera importante ni en el inicio de la acción, ni en el tiempo hasta alcanzar la concentración máxima del fármaco en sangre.

La vía intramuscular es igual de gastrolesiva que la vía oral ya que la acción del fármaco sobre la mucosa gástrica no provoca una irritación local, sino que esta es un efecto indirecto por la inhibición de las prostaglandinas.

Las evidencias sobre el inicio de acción y la biodisponibilidad de los analgésicos más empleados en urgencias señalan que la vía intramuscular no es siempre la más indicada y no es, ni más eficaz ni tiene más acción analgésica.

Las mezclas de varios fármacos tampoco van a incrementar la eficacia de la vía intramuscular,

Se recomienda la vía oral e ir escalonando fármacos complementarios que potencien su efecto.

Los pacientes desnutridos, con mal estado general o debilitados, no van a tener una peor absorción de los medicamentos vía oral si no hay náuseas y vómitos de repetición, problemas en la deglución, alteraciones del tránsito gastrointestinal o nivel de conciencia bajo.

No hay evidencia para usar por vía intramuscular ciertos fármacos como: midazolam, naloxona penicilina G benzatina, hidrocortisona, diazepam furosemida y

metilprednisolona.

Hay fármacos que en ciertos casos tienen indicación intramuscular: sulpiride, morfina, metamizol, haloperidol, diclofenaco, tiamina, glucagón y levomepromazina.

Otros fármacos tienen una clara indicación intramuscular como la adrenalina y la dexclorfeniramina en el en la reacción anafiláctica, la penicilina G benzatina en la sífilis y la ceftriaxona en las uretritis gonocócicas.

5 Discusión-Conclusión

La administración de fármacos por vía intramuscular, sobre todo en el ámbito de las urgencias sanitarias, debe basarse en criterios farmacológicos que avalen su uso y no en creencias o preferencias personales sin ninguna base científica.

La vía oral puede tener la misma eficacia que la vía intramuscular con las ventajas de la facilidad de uso, mayor accesibilidad y seguridad. No produce dolor ni afecta a la integridad cutánea, reduciendo por tanto las complicaciones locales.

Se recomienda la actualización de protocolos y la formación de los profesionales en cuanto a la farmacocinética e indicaciones de la vía intramuscular.

Es necesaria la educación sanitaria para que los pacientes comprendan, que la inyección intramuscular no es siempre la primera elección, que conlleva una serie de complicaciones locales y que la vía oral puede lograr los mismos efectos en el mismo tiempo. Valorar siempre la relación riesgo- beneficio.

Limitar el uso de vía intramuscular a:

- Cuando es preciso asegurar la toma de la medicación pautada.
- Cuando el inicio de acción es más rápido por la vía IM
- Cuando no se puede emplear la vía oral por:
 - Náuseas o vómitos
 - Pacientes inconscientes o que no colaboran

6 Bibliografía

1. Juárez Jiménez MV. Manejo del paciente hiperfrecuentador y de las inyecciones intramusculares en urgencias. Medicina de Familia. 2014 julio 1:93.
2. Martín MG, Plaza MP, Rosa AM, Agüero JM, Molina EM, Vida MÁ, POR R, Robles PJ, Martín SM. GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA PARENTERAL EN LA UNIDAD DE URGENCIAS FT-GPC. 004-02.

3. Castellano Cabrera, J., Montes Gómez, E., Molina Vázquez, I., Guerra Rodríguez, M., Plasencia Núñez, M.. Uso racional de los medicamentos vía intramuscular.2017
4. Recomendación de seguridad generalizable. “Administración de medicamentos por vía intramuscular en Atención Primaria” Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2016
5. Nota informativa farmacoterapéutica emitida por el Servicio Canario de Salud, en el año 2017 sobre el uso racional de medicamentos vía intramuscular

Capítulo 65

SÍNDROME GENITOURINARIO ASOCIADO A LA MENOPAUSIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

TERESA MOLINA CAMBRA

CORAL LÓPEZ ALFARO

BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ

EVA LAOSA RUANO

ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ

1 Introducción

El síndrome genitourinario asociado a la menopausia (SGM) se define como el conjunto de signos y síntomas que aparecen en la vagina, genitales externos, uretra y vejiga como consecuencia de un déficit estrogénico. El término SGM sustituye a la comúnmente denominada “atrofia vulvovaginal”. (1)(2)

La prevalencia del SGM es del 50% en mujeres postmenopáusicas. Además se estima que está presente en el 25 % de las mujeres que se encuentran en el periodo de la perimenopausia y en el 70% de las mujeres mayores de 70 años. (2)

El síntoma más frecuente es la sequedad vaginal. No obstante también son comunes la disminución de la lubricación durante la actividad sexual, la dispareunia, el sangrado postcoital, el prurito vulvovaginal, la disuria o la urgencia mic-

cional. Además, se puede observar una disminución en la hidratación y la elasticidad de la mucosa vaginal, una reabsorción de los labios menores, pérdida de las rugosidades vaginales, prolapso, retracción uretral e infecciones urinarias de repetición. (2)

Estos signos y síntomas aparecen progresivamente, no tienden a disminuir con el tiempo, son molestos y reducen significativamente la calidad de vida de la mujer. Por todo ello, es de vital importancia su temprano diagnóstico y abordaje.

El diagnóstico se lleva a cabo mediante una correcta anamnesis y exploración. Para evaluar objetivamente el grado de atrofia vulvovaginal, se puede utilizar el índice de salud vaginal de Bachmann (a menor puntuación mayor grado de atrofia).

Existen múltiples posibilidades de tratamiento. Entre ellos encontramos: cambios en el estilo de vida, uso de hidratantes y lubricantes vaginales, tratamiento con estrógenos (locales o sistémicos) y procedimientos más novedosos como son la inyección de ácido hialurónico y el uso de láser o radiofrecuencia vulvovaginal.

2 Objetivos

- Dar a conocer el abordaje del síndrome genitorurinario asociado a la menopausia a través de la presentación de un caso clínico.
- Dar a conocer los tratamientos disponibles para la disminución de signos y síntomas asociados al síndrome genitorurinario.

3 Caso clínico

Mujer de 60 años de edad que acude a la consulta de la matrona para la realización del cribado de cáncer de cérvix mediante la detección del virus del papiloma humano (VPH).

La matrona realiza una entrevista a la mujer:

- Antecedentes personales.
 - No alergias conocidas.
 - Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía 1990.
 - Fumadora 10 cigarrillos/día.
 - IMC: 26

- Realiza ejercicio físico 2 días a la semana (sale a caminar).
- Dieta mediterránea.
- Trabajo: prejubilada.

- Antecedentes obstétricos y ginecológicos:
- Fórmula obstétrica: G6P3A3 (3 partos vaginales)
- Fecha última regla: 2015
- Último cribado: negativo para VPH (2017)

Tras la anamnesis se toma muestra de las células del cuello del útero mediante la ayuda de un espéculo vaginal. Durante el procedimiento se observa escaso vello en el pubis, reabsorción de los labios menores y disminución de la elasticidad y turgencia de la piel vulvar. Cuando se procede a introducir el espéculo la mujer presenta dolor, por lo que es necesario cambiar el tamaño del espéculo. Se objetiva un estrechamiento del introito y una vagina pálida con pérdida de pliegues.

Tras estos hallazgos se decide realizar una entrevista más exhaustiva. Se le pregunta por la presencia de síntomas genitourinarios. La mujer refiere presentar sequedad vaginal desde la menopausia (7 años de evolución). Ésta ha ido acentuándose a lo largo de los años, lo cual ha interferido en su vida sexual. En la actualidad intenta evitar las relaciones con su marido porque le resultan dolorosas. Además refiere infecciones de orina de repetición y prurito ocasional en la zona vulvar. Niega tener síntomas vasomotores que afecten a su calidad de vida .

Ante todos estos signos y síntomas, se diagnostica de síndrome genitourinario asociado a la menopausia. Se explican diferentes cambios en el estilo de vida para mejorar la sintomatología. Entre ellos destacamos:

- Abandono del consumo de tabaco ya que el tabaco aumenta el metabolismo estrogénico y se ha asociado a atrofia vaginal.
- Aumento de la actividad física.
- Mantener una dieta saludable y pérdida de peso.
- Uso diario de hidratantes vaginales y vulvares.
- Retomar la actividad sexual. Se recomienda iniciar las relaciones sexuales sin penetración. Se le aconseja la masturbación o el uso de vibradores para favorecer la lubricación, elasticidad y vascularización de la zona genitourinaria. Además se le recomienda el uso de lubricantes íntimos para mejorar la sintomatología sexual.

Se proponen estos cambios como primera medida de abordaje. En caso de no obtener mejoría, se explica la posibilidad de derivación al servicio de ginecología para valorar tratamiento farmacológico hormonal local (cremas, óvulos, com-

primidos y anillos vaginales) o sistémico. También se explican otras técnicas que no incluyen tratamiento hormonal, como son la inyección de ácido hialurónico, el láser o la radiofrecuencia.

Tras toda la información proporcionada, la mujer se siente motivada para llevar a cabo un cambio en el estilo de vida. Se cita en un mes para nueva valoración.

4 Discusión-Conclusión

El SGM es muy frecuente en la población postmenopáusica. Su evolución es progresiva y reduce significativamente la calidad de vida de las mujeres. A pesar de su elevada incidencia y los problemas que genera, el SGM está infradiagnosticado y consecuentemente, infratratado. Entre los motivos de la falta de diagnóstico se encuentra: el fracaso en la comunicación entre los profesionales y las pacientes y el desconocimiento del SGM por parte de las mujeres. (1)

Para conseguir mejorar la calidad de vida de las mujeres debería establecerse una relación de confianza entre el profesional y la paciente, creando así un ambiente que propicie la verbalización de este problema. Además debería sensibilizarse a toda la población femenina de la existencia de este síndrome y sus posibles tratamientos.

5 Bibliografía

1. Palacios S, Cancelo Hidalgo MJ, González SP, Manubens M, Sánchez-Borrego R. Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Prog Obstet Ginecol* 2019;62(2):141-148. DOI: 10.20960/j.pog.00182.
2. Nieto Pascual L, Iglesias Bravo E.M, Cuevas González M.J. Manual básico de la menopausia. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Madrid:IMC;2020.
3. Farrel Am E. Genitourinary syndrome of menopause. *Aust Fam Physician*. 2017; 46(7):481-484.
4. Kim HK, et al. The Recent Review of the Genitourinary Syndrome of Menopause. *J Menopausal Med*. 2015Aug;21(2):65-71.

Capítulo 66

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SU IMPLEMENTACIÓN EN LA SANIDAD PRIMARIA

LUCIA MENAS CRESPO

1 Introducción

En la actualidad hay una clara tendencia hacia la atención basada en las nuevas tecnologías o la digitalización de la consulta clínica. Esto en gran parte se ha visto favorecido por la pandemia Covid-19. Esto ha hecho que la población general pierda la desconfianza que podía haber frente a las nuevas tecnologías en el campo médico como puede ser la teleconsulta, la videoconferencia o las revisiones de atención primaria por medio del teléfono. Estas nuevas tecnologías permiten realizar una educación en salud en la distancia a pacientes que quizás no podían verse beneficiados por diferentes motivos (1,2).

La telemedicina puede definirse como la «prestación de servicios de salud (en los que la distancia es un factor determinante) por parte de profesionales sanitarios, a través de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación, la evaluación y la formación continuada de profesionales sanitarios, todo ello con el objetivo final de mejorar la salud de la población y de las comunidades». Para la implementación de las nuevas tecnologías en los centros sanitarios se necesitan una serie de recursos los cuales los deben disponer tanto el paciente como el sanitario encargado de la atención médica digital (2,3).

Por parte de la enfermería, se deben actualizar a los profesionales sanitarios en estos aspectos de cuidado digital puesto que es algo que está muy presente en la actualidad y se ha visto reforzado por el paso de la pandemia. Es por tanto que creemos conveniente la realización de esta revisión sistemática para conocer la implementación de las nuevas tecnologías en la atención primaria (1,3).

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

1. Identificar la eficacia de los distintos tratamientos con la implementación de nuevas tecnologías para la atención primaria desde la enfermería.
2. Observar los programas existentes de nuevas tecnologías para los cuidados de enfermería.
3. Dar a 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 sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en IBECS (BVS), SciELO y Google Académico. Hemos realizado una búsqueda entre enero de 2022 y julio de 2022.

-Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“new technologies” OR “new medical technologies”) AND (nursing OR nursing OR nurse OR “community nursing” OR “community 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 5 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.

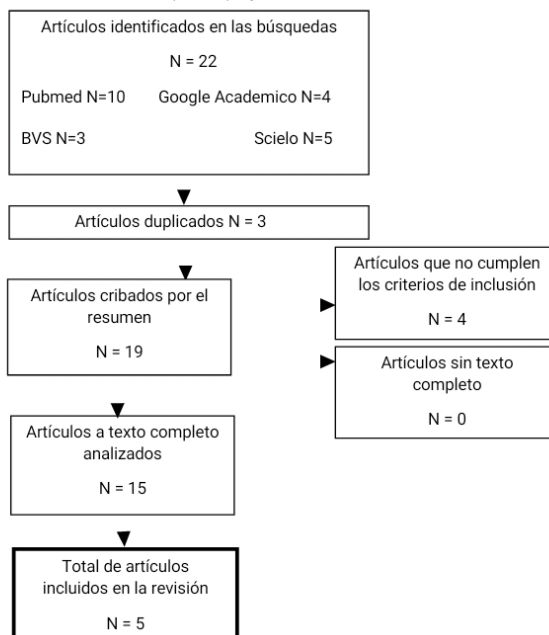
Hemos encontrado en nuestra revisión que en la mayoría de estudios analizados evalúan el impacto de las TIC en la atención primaria. En dos de los artículos analizados en nuestra revisión (2,3) se evalúa la monitorización de modo online mediante mecanismos de videoconferencia las constantes vitales de los pacientes. Estas constantes fueron evaluadas por la enfermera de atención primaria, también en el estudio se indicó los niveles de saturación que presentaban los pacientes y que eran supervisadas las tomas por vía videoconferencia por la enfermera del centro de salud.

En otro de los estudios analizados (1) se puede observar como los pacientes se creaban un perfil médico donde se podía consultar sus tratamientos, así como, la medicación y los valores de las analíticas y pruebas diagnósticas que se ha realizado. Esto también servía para poder gestionar las citas que tiene el paciente, haciendo así más fácil y accesible el tratamiento crónico del paciente. A la vez se realizó un seguimiento telefónico por parte de su médico de cabecera. Se pasaron test de adherencia, así como de destreza y entendimiento de las nuevas tecnologías tanto por parte del paciente, así como de los médicos que no estaban actualizados con este tema (4).

En otro de los estudios analizados en nuestra revisión (5) encontramos el caso de unos sanitarios de Girona, los cuales realizan el seguimiento digital sanitario para pacientes que sufren o han sufrido una enfermedad como el alcoholismo. Con este estudio se pretendía evaluar y detectar de manera precoz las posibles conductas de riesgo y evaluar precozmente posibles casos de alcoholismo que se ocultan tras el consumo habitual de alcohol en la población.

En la mayoría de artículos analizados se hace hincapié en la necesidad de la creación de una historia clínica totalmente digitalizada y su correspondiente unificación entre los distintos servicios sanitarios de las comunidades autónomas, lo que puede dar lugar a una atención integrada en todo el país de forma digital y a poder acceder al historial clínico desde cualquier parte del país tanto por parte de los profesionales sanitarios como del propio paciente (2,3,4)

Figura 1. Selección de los artículos para el proyecto.



5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de los resultados obtenidos en nuestra revisión observamos que la relación médico-paciente ha sufrido un cambio bastante importante con respecto a cómo se interactúa en la consulta ya que con la telemedicina y la digitalización de la salud se permite aumentar la atención mas personalizada y precoz. Debido a que no se deben esperar colas y que se puede llegar a cualquier sitio sin necesidad de barreras. Sin embargo, podemos decir que las consultas digitales en muchos aspectos no pueden sustituir a las consultas presenciales, las cuales van asociadas en muchas ocasiones con pruebas diagnosticas que se deben realizar en los centros médicos. Es por tanto que creemos que estas nuevas tecnologías y esta nueva forma de ver la sanidad tanto por parte de los pacientes como por parte de los profesionales sanitarios puede convivir junto con la forma tradicional de consulta y de tratamiento clínico sanitario.

6 Bibliografía

1. Granja C, Janssen W, Johansen MA. Factors determining the success and failure of ehealth interventions: systematic review of the literature. *J Med Internet Res*. 2018;20(5):2013–5.
2. Córdoba R, Camaralles F, Mu E, et al. Atención primaria grupo de expertos del PAPPS. *Recomendaciones*. 2020;52:32–43.
3. Duckett S. What should primary care look like after the COVID-19 pandemic? *Aust J Prim Health*. 2020;26(3):207–11.
4. Fagherazzi G, Goetzinger C, Rashid MA, et al. Digital health strategies to fight Covid-19 around the globe: challenges and recommendations. *J Med Internet Res*. 2020 En línea. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32501804>.
5. Fronczek AE. Nursing theory in virtual care. *Nurs Sci Q*. 2019;32(1):35–8.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Model d'Atenció no presencial en el sistema sanitari de Catalunya 2013–2016; 2016.
7. Yu KH, Beam AL, Kohane IS. Artificial intelligence in healthcare. *Nat Biomed Eng*. 2018;2(10):719–31. <https://doi.org/10.1038/s41551-018-0305-z>.
8. Roca S, Sancho J, García J, Alesanco Á. Microservice chatbot architecture for chronic patient support. En línea. *J Biomed Inform*. 2019;102:103305. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103305> consultado May 2019.
9. Amorim P, Brito D, Castelo-Branco M. Telehealth opportunities in the COVID-19 pandemic early days: what happened, did not happen, should have happened, and must happen in the near future? *Telemed J E Health*. 2021;27(10):1194–9. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0386>.
10. Tic salut Social. [En línea]. Telemedicina en temps de COVID-19: un abans i un després en el model d'atenció primària del Sistema Públic de Salut a Catalunya. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <https://ticsalutsocial.cat/actualitat/telemedicina-en-tempsde-covid-19-un-abans-i-un-despres-en-el-model-datencio-primaria-del-sistemapublic-de-salut-a-catalunya/>

Capítulo 67

ENFERMERÍA: LA SALMONELOSIS

MARIA CRISTINA PEREZ MAHIA

1 Introducción

Existen microorganismos patógenos que pueden proliferar en ciertos alimentos, y producir enfermedades a través de su ingesta. Estas enfermedades se denominan toxiinfecciones alimentarias, ya que pueden estar causadas tanto por las bacterias como por las toxinas que producen.

Los síntomas más frecuentes son alteraciones gastrointestinales como diarrea, náuseas o dolor abdominal, pero en ocasiones pueden producir trastornos muy graves e incluso la muerte. A continuación veremos una de las toxiinfecciones alimentarias más importantes.

Es una enfermedad provocada por bacterias del género *Salmonella* al ingerir alimentos como carne de mamíferos, aves o pescado, o huevos sin cocinar completamente, frutas y vegetales. La contaminación de estos alimentos se produce por el contacto de las excreciones fecales de animales y seres humanos en determinados entornos (en el matadero, aguas contaminadas, animales, etc.).

Aunque la inmunidad innata es efectiva contra la infección bacteriana por *Salmonella*, hay algunos factores que disminuyen la funcionalidad de estas barreras. Algunos medicamentos antiácidos disminuyen la acidez que inhibe la proliferación de bacterias patógenas, o algunos antibióticos eliminan algunas especies de la microbiota endógena, que protegen de enfermedades infecciosas. El uso de estos fármacos puede promover la aparición de salmonelosis.

2 Objetivos

Conocer, como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario, cómo se manifiesta la salmonelosis en el cuerpo humano.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como ya se ha descrito previamente, la salmonelosis puede manifestarse en nuestro cuerpo de tres formas diferentes:

- Mediante cuadro entérico: está causado por una cepa de Salmonella que no está adaptada al organismo de los seres humanos, por lo que provoca problemas, en su mayoría, gastrointestinales. Para que estos síntomas puedan desencadenarse, es preciso que el alimento o bebida contenga una elevada proporción de la bacteria. El periodo de incubación se encuentra en una media de entre seis horas y dos días. Los principales síntomas que se producen son pequeñas décimas de fiebre, vómitos, diarreas (a veces sanguinolentas) y dolores abdominales. Afecta sobre todo a niños.

- Por septicemia, con o sin infección focal: los síntomas pueden aparecer de varias formas, desde una simple fiebre hasta malestar, escalofríos, falta de apetito y pérdida de peso y se trata con antibióticos.

En algunos casos (los menos numerosos), el inicio de la enfermedad cursa de forma silenciosa, sin que el paciente la perciba, únicamente provoca estos efectos secundarios en otras zonas del organismo como dolores en articulaciones, pericarditis, endocarditis y colecistitis.

- Por fiebre entérica: está causada por un tipo de Salmonella que sí está adaptada al organismo humano, por lo que lo invaden completamente. Una de las fiebres más conocidas es la fiebre tifoidea, en la cual el germen se localiza en el sistema

linfático y retículo-endotelial. Esta fiebre presenta unos síntomas muy característicos como fiebres continuas, unas manchas rojizas en el tórax, en el abdomen y en las extremidades, diarrea profusa, aumento del tamaño del bazo (esplenomegalia) y del hígado (hepatomegalia) e incluso, puede ocurrir en los casos de mayor gravedad, puede provocar perforaciones en el intestino y hemorragias graves.

5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido, como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario, cómo se manifiesta la salmonelosis en el cuerpo humano.

Se sabe que Existen microorganismos patógenos que pueden proliferar en ciertos alimentos, y producir enfermedades a través de su ingesta. Estas enfermedades se denominan toxiinfecciones alimentarias, ya que pueden estar causadas tanto por las bacterias como por las toxinas que producen.

Uno de estos microorganismos es la salmonelosis, que es una enfermedad provocada por bacterias del género *Salmonella* al ingerir alimentos como carne de mamíferos, aves o pescado, o huevos sin cocinar completamente, frutas y vegetales.

Las manifestaciones son principalmente: por cuadro entérico, por septicemia o por fiebre entérica.

6 Bibliografía

1. INFECCION POR SALMONELOSIS - MayoClinic (11 de Junio 2022) <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/salmonella/symptoms-causes/syc-20355329>
2. SALMONELOSIS - Department of Health NYS (Enero 2003) https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/salmonellosis/fact_sheet.htm

Capítulo 68

CUIDADOS AL PACIENTE TERMINAL

VANESA GONZÁLEZ CARBAJAL

1 Introducción

La población mundial está envejeciendo y las expectativas de vida y supervivencia a enfermedades oncológicas está en aumento, por ello los sistemas de salud han de buscar formas de mejorar la atención sanitaria a las personas en los últimos años de su vida proveyendo unos cuidados paliativos que favorezcan el bienestar y controlen el dolor en el período cercano a la muerte.

Esto supone un nuevo planteamiento de los objetivos que persigue la medicina hoy en día y que se basan de manera excesiva en el enfoque curativo, revelando la necesidad de una atención centrada en la persona y su bienestar más que en el alargamiento innecesario de la vida y por tanto del sufrimiento que acarrea una enfermedad terminal.

Este sufrimiento no es solo físico ya que el paciente sufre un gran impacto emocional al ser consciente de la proximidad de la muerte y su familia necesitará apoyo y formación debido al desgaste emocional que acarrea hacerse cargo de los cuidados de una persona con una enfermedad terminal.

Afecciones muy ligadas a la enfermedad terminal como el cáncer o las insuficiencias hepáticas, cardíacas, renales y respiratorias están en aumento debido al incremento de la esperanza de vida de la población por lo que cada vez hay más personas que demandan estos cuidados paliativos.

2 Objetivos

- Exponer las características de la enfermedad terminal y la definición de los cuidados paliativos.

- Presentar los cuidados generales del paciente terminal.
- Exponer los signos de agonía y muerte.

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

Una enfermedad terminal se caracteriza por:

- Presentación de síntomas intensos multifactoriales y cambiantes.
- Enfermedad avanzada, progresiva e imparable.
- Falta de respuesta al tratamiento específico, agotando todos los recursos terapéuticos a nuestro alcance.
- Sintomatología en aumento a medida que avanza la enfermedad.
- Pronóstico de vida menor a 6 meses.

Los cuidados paliativos son definidos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) como “Un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort o soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal”.

Estos cuidados intentan conseguir que los pacientes, en los días que les queden con consciencia estén libres de dolor y con los síntomas de la enfermedad bajo control, de manera que sus últimos días discurran con la mayor dignidad posible. En la atención al paciente terminal el equipo terapéutico de cuidados paliativos está formado por un grupo multiprofesional que atiende a las necesidades médicas, psicológicas, espirituales y emocionales en la fase terminal de la enfermedad y en el entorno familiar y social del paciente.

Así, el equipo terapéutico lo forman:

- El paciente y su familia.
- Médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería.
- Psicólogos/as.
- Trabajadores/as sociales.

-Asistentes espirituales.

Los cuidados se procuran tanto en unidades de cuidados paliativos de centros hospitalarios como en centros sanitarios, centros de salud y en el propio domicilio del paciente. Los objetivos más importantes de estos cuidados son:

- El control del dolor y los síntomas de la enfermedad.
- Aunar los aspectos físicos, psicológicos y espirituales.
- Dar calidad de vida y confort.
- Promover la comunicación del paciente y su familia dándoles apoyo.
- Proporcionar ayuda y apoyo también a la familia.

Síntomas generales que presenta el paciente terminal y sus cuidados:

-Síntomas respiratorios:

Disnea; se realizarán ejercicios respiratorios junto con técnicas de relajación.

Hipo; Se realizarán ejercicios respiratorios.

Secreciones; se realizará aspiración de las mismas usando sondas de aspiración y se harán movilizaciones para facilitar su expulsión.

-Síntomas digestivos:

Estreñimiento; administración de laxantes y enemas.

Náuseas y vómitos; administración de antieméticos.

Caquexia y anorexia; administración de estimulantes del apetito, suplementos nutritivos orales, nutrición enteral.

-Síntomas neuropsicológicos:

Depresión, ansiedad, intranquilidad, miedo y confusión mental; se establecerán medidas que favorezcan el bienestar físico y si se precisa se administrará tratamiento farmacológico.

Dolor; implementar las medidas de confort necesarias además del correspondiente tratamiento farmacológico.

Insomnio; se tratará farmacológicamente además de aumentando las medidas de confort procurando un ambiente oscuro y libre de ruidos.

Cuando se acerca la agonía, estado que precede a la muerte, la vida se va extinguiendo gradualmente presentándose unos signos habituales de éste estado como son manos y pies fríos, pulso lento e irregular, palidez, sudoración pegajosa, respiración lenta y dificultosa con acumulación de secreciones produciendo estertores pre mortem, pérdida de sensibilidad y caída del tono muscular.

Cuando el paciente fallece se produce la detección irreversible de sus funciones biológicas siendo signos precoces de muerte el cese de la función respiratoria,

el cese de la función cardíaca (electrocardiograma plano) y el cese de la función encefálica (encefalograma plano).

Posteriormente se presentarán los signos tardíos de muerte; El enfriamiento cadavérico (algor mortis), la rigidez cadavérica (rigor mortis), las livideces cadavéricas (livor mortis), la deshidratación que se aprecia sobre todo en el globo ocular y finalmente la putrefacción que comienza a partir de las 24-36 horas posteriores al fallecimiento.

5 Discusión-Conclusión

En los cuidados de un enfermo terminal es fundamental como lo es siempre la prestación de los cuidados sanitarios pertinentes, cubriendo las necesidades físicas del paciente en términos de medicación, higiene etc; pero además de dichos cuidados es tan o más importante prestar especial atención a las necesidades psicológicas y espirituales de la persona enferma, ya que la consciencia de la cercanía de la muerte hace especialmente necesarios este tipo de cuidados.

Hemos de centrarnos en la comunicación con el paciente y la familia para conocer cuales son sus prioridades y preferencias, permitiendo que el paciente exprese sus opiniones y deseos sintiéndose así comprendido y respetado en los últimos momentos de su vida.

6 Bibliografía

1. Paciente terminal. Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria. Hospital Universitario Marina Alta Denia. 2012 [Internet] Disponible en <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf/>.
2. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2008. [Internet] Disponible en https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf/.

Capítulo 69

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SANITARIA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NURIA CEPEDAL FERRER

1 Introducción

La atención domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario, que se prestan en el domicilio de los pacientes. Cobra vital importancia los valores sociales, las creencias y reglas que ejercen influencias sobre la salud y la enfermedad. En función de esas características culturales y sociales, el proceso de la enfermedad puede alterarse en la dolencia del propio individuo, que depende de las características psíquicas y culturales que tienen los que padecen la enfermedad.

La atención domiciliaria constituye un programa de atención para aumentar la calidad de vida de los pacientes y se centra en la realización de la visita domiciliaria para desarrollar una atención integral y flexible al paciente y su familia coordinado con el centro de salud y lejos del hospital, escogiendo el domicilio como hogar de encuentro entre el paciente y el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería (TCAE).

Además de valorar al paciente, es importante desarrollar una relación cercana y actividades con los familiares, principalmente el cuidador principal. Este enfoque

integrador mejora la valoración holística de todos los elementos que puedan influir en el nivel de salud del paciente. La atención en el domicilio tiene como objetivo aportar una serie de cuidados que finalmente generen una ganancia en términos de calidad de vida.

Se entiende por Programa de Atención Domiciliaria como aquel que se ocupa de las necesidades de: personas mayores, con enfermedades crónicas o terminales de diagnóstico y tratamiento establecido o con discapacidades que les impiden el acceso a los servicios de salud por sus propios medios. Se centra en el hogar normalmente pero no es absolutamente necesario que siempre sea así (1,2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales (3).

Los criterios de inclusión que según la OMS son los reconocidos para realizar atención domiciliaria, si se precisa, son: unidades familiares con mayores de 80 años, personas que vivan solas o sin familia, paciente con imposibilidad de acudir al centro de salud, familias con enfermos graves o inmovilizados, paciente con alta hospitalaria reciente o paciente con medicación vital.

Un paciente inmovilizado es aquel que pasa la mayor parte del tiempo encamado y para salir de la cama necesita ayuda de otras personas o aquel que tiene una dificultad importante para desplazarse. Sin embargo, cuando hablamos de enfermo terminal tiene que padecer una enfermedad avanzada progresiva e incurable.

La atención domiciliaria se engloba dentro de un programa que se desarrolla desde el equipo de Atención Primaria, Hospitalización a domicilio y trabajadores sociales.

2 Objetivos

- Identificar las características de la atención domiciliaria y describir las funciones del TCAE en estos casos

3 Metodología

La metodología utilizada en el presente trabajo consiste en una revisión sistemática de la literatura científica sobre la aportación del servicio de salud en la atención a la cronicidad de pacientes adultos en España mediante Programas de Atención Domiciliaria. Para recabar la información que se muestra a lo largo de la investigación, se centró la búsqueda en diferentes bases de datos como PubMed

o Scielo. Así como en diferentes artículos de revistas científicas o páginas web exclusivas de organismos como la Organización Mundial de la Salud.

4 Resultados

La atención domiciliaria constituye un conjunto de actividades de carácter socio-sanitario y de ámbito comunitario, que se realiza en el domicilio de la persona con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y hacer un seguimiento de la persona con problemas de salud y de su familia potenciando su autonomía y la calidad de vida.

Las características de la atención domiciliaria son: los profesionales pertenecen al Equipo de Atención Primaria, los pacientes proceden del Centro de Salud, las técnicas llevadas a cabo son mínimamente invasivas, el objetivo fundamental es prevenir la hospitalización del paciente enfermo, se llevan a cabo actividades propias del Centro de Salud y el tiempo de seguimiento es ilimitado.

La comodidad y el aumento de la autonomía de los pacientes en su domicilio es mucho mayor que en cualquier Institución Sanitaria por lo que se contempla la necesidad de la creación de estas unidades. Las familias ven un apoyo importante en el Equipo de Atención Domiciliaria, ya que cuando enferma uno de los miembros se puede realizar una asistencia de forma integral y continuada, contemplando las limitaciones de los cuidadores principales. Además, se contempla una política de ahorro de recursos al cuidar a determinados pacientes en sus casas.

Tan importante como el Equipo de Atención Domiciliaria es la capacidad del cuidador o de los cuidadores principales. A lo largo de la historia se ha visto la importancia del rol de la mujer en estas labores, en muchos casos ha sido necesario adaptar su vida laboral a la situación familiar para llevar a cabo tareas de cuidado, no sólo del familiar enfermo, sino de otros miembros dependientes sin ninguna ayuda doméstica. Según la Ley de Dependencia 39/2006, de 14 de diciembre, se define al cuidador principal como sujeto que presta atención a personas en situación de dependencia (5). Normalmente son personas de la familia o del entrono del paciente no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

Los cuidadores principales se encuentran en una posición de alta vulnerabilidad y estrés por la situación presentada. Al final desarrollan ciertos problemas que se deben de valorar. La asistencia del personal de enfermería y TCAE no debería concluir con la muerte del paciente crónico ya que es normal que aparezcan trastornos por ansiedad o depresión. El objetivo de asistir y acompañar a la familia tras la muerte del paciente es la reestructuración del núcleo familiar.

El profesional de la salud, TCAE realizará actividades de colaboración, nego-

ciación y coordinación de los cuidados del paciente crónico. Además, sus actividades deben de ir encaminadas a potenciar el autocuidado del cuidador principal el cual va a atravesar diferentes fases en el proceso de cuidar: negación o falta de conciencia del problema, búsqueda de información y aparición de sentimientos negativos, reorganización y resolución.

El cuidador se encarga normalmente de la nutrición y eliminación, el aseo, de la toma de decisiones importantes para el futuro del paciente, de evitar complicaciones, de la administración de los fármacos y de la movilización del familiar dependiente.

5 Discusión-Conclusión

La visita domiciliaria es, entonces, el encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario y familia. La existencia de la misma queda detallada en la Ley General de Sanidad. Dicha visita tiene por objetivos la investigación, valorar la calidad de las condiciones del hogar, la asistencia, ofrecer diferentes cuidados que favorezcan el confort del paciente crónico y su familia, educación sanitaria y otro tipo de actividades que engloban todas las anteriores. Como se ha explicado en anteriores apartados la atención domiciliaria se gestiona desde Atención Primaria y puede ser a demanda, el paciente se pone en contacto con Atención Primaria y reclama una visita o, por el contrario, programada.

Las etapas que engloban una visita domiciliaria se pueden agrupar en cuatro puntos: planificación de la visita, información que acerque al personal al domicilio (lugar, paciente, familia...), se explicará a la familia el motivo por el cuál se lleva a cabo la visita, el desarrollo de la misma valorando al paciente, capacidades del cuidador y entorno familiar y, finalmente, llevando a cabo un registro de la consulta. Apoyándose en esta información, se puede concluir en que la visita domiciliaria es integral, integrada e integradora y los componentes son el paciente, cuidador principal, familia y entorno. Los pacientes que presentan mayor prevalencia en la incapacidad funcional son: mujeres, mayores de 75 años y con un nivel cultural y recursos económicos bajos.

La Atención Domiciliaria está dirigida a cubrir necesidades de atención y seguimiento mientras que la Hospitalización a Domicilio es la realización de unos cuidados dependientes del hospital. Esta última es una modalidad asistencial que posibilita desarrollar en el domicilio los cuidados del enfermo que se estarían prestando en atención especializado. La primera referencia de la Hospitalización domiciliaria data de un hospital de Guido Montefiore de Nueva York en 1947 a través del doctor Bluestone. El objetivo fundamental es que el paciente esté asis-

tido de forma cómoda y segura en su domicilio.

Las intervenciones del personal de enfermería y TCAE demuestran resultados muy favorables en la efectividad y satisfacción de los usuarios que disfrutan de este tipo de servicios. Demostrando que la asistencia por parte de los profesionales de la salud aporta una mejoría en el confort del paciente y de sus cuidadores, así como en todo el entorno del hogar.

En definitiva, la atención a domicilio se ve caracterizada, muchas veces, por una serie de particularidades y problemas, que hacen que sea necesaria una buena organización por parte del Centro de Salud afín al domicilio, para que el paciente y su familia se sientan satisfechos con el servicio ya sea programado o solicitado. Luego la finalidad de dicha atención consiste, en definitiva, en proporcionar al paciente una asistencia sanitaria con calidad y calidez siendo el domicilio el lugar idóneo para la prestación de los cuidados. En ciertos casos, visitar al paciente en su domicilio puede darles a los profesionales sanitarios una perspectiva diferente de la capacidad de la persona y de la familia de enfrentarse a sus problemas o de la necesidad para la educación para la salud. Luego, las visitas domiciliarias pueden reducir la posibilidad de que el equipo de salud forme una falsa impresión del estilo de vida del paciente, que muchas veces determina el problema, tan común, de la adherencia al tratamiento.

6 Bibliografía

1. Dávila Dávila GL, Pinzón Dávila R del P, Saavedra Covarrubia ME. Percepción de las personas cuidadoras en relación al Programa de Atención Domiciliaria para adultos mayores EsSalud, 2016. cietna [Internet]. 2019 [citado el 4 de junio de 2022];6(2):112–29. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/271>
2. Mármol López MI, Miguel Montoya I, Montejano-Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero V, Hontangas AR. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2020 [citado el 4 de junio de 2022];92: e201806032. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/resp/2018.v92/e201806032/es/>
3. Org.bo. [citado el 4 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010#:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,y%20atenciones%20biopsicosociales%20y%20espirituales.
4. Que es la atención domiciliaria [Internet]. Sani-net.net. [citado el 4 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.sani-net.net/el-blog/63-que-es-la-atencion->

domiciliaria

5. BOE.es - BOE-A-2006-21990 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia [Internet]. Boe.es. [citado el 4 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
6. Logroño Varela E, Cercas Duque A. Estudio de la motivación del cuidador principal de la persona dependiente. Ene [Internet]. 2018 [citado el 4 de junio de 2022];12(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100008
7. BOE.es - BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [Internet]. Boe.es. [citado el 4 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
8. Cotta RMM, Suárez-Varela MM, Llopis González A, Cotta Filho JS, Real ER, Ricós JAD. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2001 [citado el 4 de junio de 2022];10(1):45–55. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2001.v10n1/45-55/>
9. Historia de la hospitalización a domicilio - Blog TECH España University [Internet]. Techtitute.com. [citado el 4 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.techtitute.com/enfermeria/blog/historia-hospitalizacion-domicilio>

Capítulo 70

ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE UN PACIENTE ADULTO CON ARTROSIS

CANDIDA ROSA VÁZQUEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

La artrosis es un trastorno crónico de las articulaciones, caracterizado por la degeneración del cartilago y del hueso adyacente, que pueden causar dolor articular y rigidez. Afecta con mayor frecuencia a mujeres mayores de 55 años, en tanto que en los hombres es más frecuente en menores de 45 años. La prevalencia aumenta con la edad, siendo prácticamente universal a partir de los 75 años.

Persisten todavía muchos mitos sobre la artrosis, como por ejemplo, que es un riesgo inevitable de la vejez, como los cabellos grises y los cambios en la piel; que conduce a discapacidades mínimas y que su tratamiento no es eficaz. Aunque la artrosis es más frecuente en personas de edad, su causa no es el simple deterioro que conlleva el envejecimiento. La mayoría de los afectados por ésta enfermedad, especialmente los más jóvenes, presentan pocos síntomas o ninguno; sin embargo algunas personas mayores desarrollan discapacidades significativas. En la artrosis no existe ningún componente inflamatorio.

La enfermedad articular degenerativa afecta sobre todo a las articulaciones que soportan más peso. La artrosis es de naturaleza multifactorial como pueden ser los cambios hormonales, traumatismo articular, el envejecimiento, etc.

Existen 2 clasificaciones de la artrosis, como son la artrosis primaria (Idiopática), cuando la causa se desconoce y secundaria cuando la causa es otra enfermedad, una infección, una deformidad, una herida o el uso excesivo de la articulación. Aunque no existe evidencia concluyente al respecto, es posible que la obesidad sea un factor importante en el desarrollo de la artrosis, así como los individuos

que fuerzan sus articulaciones como pueden ser los mineros del carbón, conductores de autobús, etc. Sin embargo los corredores profesionales de maratón no tienen un mayor riesgo de desarrollar éste trastorno.

2 Objetivos

Exponer la artrosis a través de un caso clínico, así como las funciones del TCAE en su tratamiento

3 Caso clínico

Mujer de 80 años, que acude a consulta médica en su Centro de Salud, con antecedentes de artrosis en columna vertebral, dedos de la mano y cadera, y con insuficiencia cardíaca. Refiere que desde hace aproximadamente 6 meses nota un dolor agudo, no brusco y progresivo en la región inguinal derecha, que no mejora con tratamientos de AINE (Antiinflamatorios No Esteroideos), viéndose obligada al uso de bastones para paliar la limitación de su actividad. En la exploración se ve que tiene una movilidad disminuida y dolorosa a nivel de la articulación coxo-femoral derecha. Las radiografías de la zona y las resonancias magnéticas nos ayudan mucho al diagnóstico.

Los fármacos son el aspecto menos importante del programa global de tratamiento. Un analgésico como el paracetamol puede ser suficiente, (Aunque no en éste caso). Un antiinflamatorio no esteroideo como la aspirina o el ibuprofeno puede disminuir el dolor y la inflamación.

En éste caso los corticosteroides se pueden inyectar directamente en ella, aunque ésto solo suele proporcionar alivio a corto plazo. Mientras tanto se está a la espera de una posible cirugía que puede ser útil cuando el dolor persiste a pesar de los tratamientos. Algunas articulaciones, sobre todo la cadera y la rodilla pueden sustituirse por una artificial (prótesis), que por lo general, dan muy buen resultado: Mejoran la movilidad y el funcionamiento en la mayoría de los casos y disminuye el dolor de forma notable. Por tanto cuando la clínica y el movimiento se ven muy limitados, podremos considerar la posibilidad de una prótesis de la articulación. Esta paciente con artrosis deberá tener a reposo las articulaciones afectas, utilizando muletas, tracción, férulas o bastón, reducirá el peso ya que se le ha detectado obesidad. La T.C.A.E. favorecerá la actividad y la fisioterapia articular, recomendará a la paciente evitar esfuerzos sobre las articulaciones o las actividades que precipiten los ataques agudos, como pueden ser levantar pesos.

La T.C.A.E. prestará apoyo emocional y aquellas medidas (junto con el resto del personal de enfermería), que se prescriban para aliviar el dolor crónico. Animará al paciente para que cumpla el tratamiento prescrito.

La inmovilización de una articulación tiende más a agravar la artrosis que a mejorarla, por lo que es importante mantener las actividades diarias habituales, desempeñar un papel activo o independiente dentro de sus límites.

4 Discusión-Conclusión

Se trata (la artrosis) de uno de los principales problemas de la salud que merma la calidad de vida, que se relaciona principalmente con diferentes factores no modificables como la edad, sexo femenino, raza, etc. Con una importante influencia genética. La artrosis no requiere hospitalización, pero en algunos casos al requerir tratamientos quirúrgicos o por sufrir complicaciones de la propia enfermedad puede que nos encontremos enfermos afectados de ésta patología ingresados en el hospital. Los T.C.A.E. junto al resto del personal de enfermería es importante que conozcan los cuidados propios de enfermería que se deban proporcionar al paciente en los que el T.C.A.E. colaborará persiguiendo ambos profesionales (T.C.A.E. y enfermera) los objetivos marcados.

La artrosis sigue un lento desarrollo en la mayoría de los casos tras la aparición de los síntomas. Muchas personas presentan alguna forma de discapacidad, pero en ocasiones la degeneración articular se detiene; de todas formas el T.C.A.E. debe de tener los suficientes conocimientos para actuar tanto en la ayuda al tratamiento como en la prevención del deterioro de la articulación.

5 Bibliografía

- 1- Enfermería en las Instituciones del INSALUD - MAD. - pag: 359 y 360.
- 2- El Auxiliar de enfermería en hospitalización - Logoss - pag: 547 a 549
- 3- Manual de la enfermería - Océano / Centrum - pag. 408 y 409.
- 4- Manual de Merck - Océano. pag: 233 a 235.

Capítulo 71

LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO

ELDA PITA LÓPEZ

1 Introducción

Será en la segunda mitad del siglo XIX, a partir de los descubrimientos de Pasteur, cuando se empieza a constatar que la causa de numerosas enfermedades contagiosas reside en la transmisibilidad de los microorganismos patógenos.

En 1860 el cirujano Lister introdujo la necesidad de emplear sustancias bactericidas (fenol) en la cura de heridas, así como en la limpieza y tratamiento del instrumental quirúrgico, y la pulverización del aire en quirófanos.

Así comienza la era de la Asepsia y la Antisepsia.

Asepsia: la define el Diccionario de la Real Academia como «ausencia de materia séptica; estado libre de infección». Conjunto de técnicas que garantizan la ausencia de materia séptica o microorganismos infecciosos, tanto en superficie como en profundidad, de los materiales expuestos o de los seres vivos.

Antisepsia: la define el Diccionario de la Real Academia como «método que consiste en combatir o prevenir los padecimientos infecciosos, destruyendo los microbios que los causan». Suele referirse a aplicaciones tópicas. Consiste en utilizar productos químicos para intentar destruir los microorganismos contaminantes.

El ambiente sanitario u hospitalario puede estar contaminado por una gran cantidad de microorganismos capaces de producir enfermedad en el ser humano, éstos pueden desencadenar una infección si una cantidad potencialmente infecciosa se pone en comunicación con una puerta de entrada en una persona o huésped susceptible.

Por ello es muy importante realizar un proceso frecuente de limpieza, desinfección y esterilización. Sobre todo en el material sanitario que es utilizado por profesionales de la salud, para los procedimientos médicos a sus pacientes y así garantizar que todos los artículos de atención directa reciban el tratamiento apropiado para disminuir o evitar el riesgo de transmisión de microorganismos.

Conceptos Generales:

1- Limpieza-Descontaminación.

La base de realización de este procedimiento es hacer llegar los materiales completamente limpios a la central de esterilización. Los agentes básicos que se utilizan son los detergentes y el agua.

Desde nuestra óptica, como profesionales sanitarios y relacionada principalmente con el tratamiento aplicado al instrumental médico-quirúrgico, se definen:

- Limpieza: técnica de saneamiento que incluye acciones metódicas y programadas, y cuya finalidad consiste en remover y separar de las superficies inertes, por medios mecánicos y físicos, la suciedad que sirve de soporte y nutriente a los microorganismos.
- Descontaminación: conjunto de procedimientos físicos, químicos y mixtos, que hacen posible la eliminación o reducción de los microorganismos infecciosos.

2- Desinfección.

Técnica de saneamiento que tiene por objeto destruir los microorganismos patógenos existentes en la habitación del enfermo, ropa, manos, piel, etc. No elimina todos los microorganismos ni sus formas de resistencia (esporas).

Se realiza, principalmente, por medios químicos, pero también por medios físicos. Los agentes que consiguen esta acción se conocen con el nombre de antisépticos o desinfectantes.

En un hospital los distintos niveles de desinfección que se pueden realizar depende de los productos que se utilicen y de su concentración:

- Desinfección de alto nivel (DAN): cuando el producto es activo frente a virus, bacterias en su forma vegetativa, bacilos de koch, esporas (en determinadas cir-

cunstancias) y hongos. Se utilizan compuestos como glutaraldehído, folmaldehído, ácido peracético, dióxido de cloro, etc.

- Desinfección de nivel intermedio (DNI): tiene las mismas características que la desinfección de alto nivel pero no es activo frente a las esporas.
- Desinfección de bajo nivel (DBN): la que sólo es activa frente a virus lipídicos de tamaño medio, bacterias en forma vegetativa y hongos. Se utilizan compuestos como el alcohol 70 °C, fenoles, yodóforos, etc. para el nivel intermedio/bajo. El amonio cuaternario y los mercurios se utilizan para el más bajo nivel.

3- Esterilización.

La OMS define la esterilización como «la técnica cuya finalidad es la destrucción de toda forma de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas esporuladas, altamente resistentes».

Los métodos utilizados deben garantizar la destrucción total, tanto en la superficie como en la profundidad del objeto a esterilizar.

La esterilización supone el más alto nivel de seguridad (y por tanto de letalidad, o eficacia biocida) en la destrucción de microorganismos o de sus formas de resistencia.

Antes de esterilizar el material séptico o contaminado deber ser sometido a procedimientos de limpieza para que los medios de esterilización puedan actuar correctamente (la esterilización no sustituye a la limpieza).

Cuando un objeto está esterilizado se dice que es aséptico.

Los mecanismos de acción de los principales agentes esterilizantes son la muerte por calor, por agentes químicos y por radiación.

Los procedimientos de limpieza-descontaminación, desinfección y esterilización pueden llevarse a cabo de forma centralizada, en centrales de esterilización, o de forma descentralizada, en los distintos servicios o departamentos asistenciales.

2 Objetivos

- Describir la limpieza, desinfección y esterilización del material dentro del ámbito hospitalario
- Conocer la diferencia entre desinfectantes y antisépticos,

- Conocer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en una central de esterilización.

3 Metodología

El presente trabajo de investigación se ha realizado con una revisión bibliográfica de la literatura científica existente.

Dicha revisión bibliográfica se ha llevado a cabo mediante una búsqueda sistemática en libros y consultando artículos en bases de datos, donde tratan el tema que es objeto de esta investigación, como: revista médica Ocronos, Servicio Cántabro de Salud e insumosfirstpro.

Con toda la información relevante encontrada en los estudios originales se realiza un análisis, comparativa y sintetización de la misma, obteniendo así las guías necesarias para la creación de la metodología de la literatura científica reflejada en los resultados.

4 Resultados

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel fundamental en la central de esterilización, ya que casi la totalidad de la plantilla de la misma está compuesta por dichos técnicos.

En una central de esterilización se diferencian tres zonas o áreas:

1-Zona Sucia.

El Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería deberá recibir, revisar, limpiar, secar, lubricar (si fuera preciso), clasificar y comprobar el material recibido.

Deberán ir vestidos además de con el pijama, con zuecos, calzas, gorro, guantes (gruesos, largos e impermeables), delantal o bata plástica al menos con el pecho impermeable y mascarillas y gafas protectoras para evitar salpicaduras.

En esta zona se realiza la limpieza-descontaminación y la desinfección.

- Limpieza-descontaminación.

La limpieza del instrumental debe hacerse lo antes posible, para evitar que las manchas biológicas (sangre, pus, heces, restos de tejidos, etc.) se sequen y adhieran al mismo. También se limpiará el material que no se ha utilizado, pero sí seleccionado en un acto quirúrgico.

La limpieza, incluye un aclarado minucioso, es el paso más importante para poder utilizar con posterioridad el material reutilizable. También es el primer paso para una perfecta desinfección o esterilización del material.

Por todo ello, el instrumental ha de ser sometido a un adecuado tratamiento de limpieza-descontaminación, que realizarán los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Este procedimiento se puede ejecutar de dos maneras diferentes: limpieza manual y limpieza mecánica (a través de lavadoras y cubetas de ultrasonidos).

- Limpieza manual. Se realiza en fregaderos de doble seno para garantizar un buen aclarado.

Se hace con una solución formada por un producto desinfectante y por un producto de limpieza con efecto de desinfección comprobada y se utilizan cepillos de cerdas suaves.

Mediante las tablas de dosificación recomendadas por los fabricantes, es fácil preparar la concentración adecuada al volumen del agua existente (la temperatura del agua no debe bajar de 22 °C ni exceder los 43 °C), pues evita la coagulación de la sangre y las proteínas; está recomendado para materiales que no aguantan temperaturas altas, así como para materiales delicados.

A continuación del lavado, se realiza el aclarado con abundante agua y a conciencia para eliminar los restos de detergente y de suciedad que puedan quedar, ya que actuarían de barrera, y así se rompería la cadena de limpieza-desinfección-esterilización.

Y por último se seca, justo después del aclarado. Si no se hace un correcto secado las gotas de agua evitarán que esa zona quede desinfectada y esterilizada, ya que el agua puede provocar una barrera sobre las bacterias.

La limpieza manual puede hacerse por inmersión (sumergiendo el material en el agua con el detergente) y sin inmersión (limpieza en seco, en este caso se sumerge una compresa en una solución de detergente enzimático, se escurrirá y con ella

se frota el material, se aclara con otra compresa limpia y se seca. Se utiliza en motores eléctricos, cables eléctricos y de luz fría, etc.).

- Limpieza mecánica.

Todos los materiales se colocarán en cestas y portainstrumentos para que los aparatos cumplan correctamente su función.

Este procedimiento se realiza a través de lavadoras (instrumental quirúrgico general) y cubetas de ultrasonidos, con agua y productos específicos.

- Lavadoras. Disponen de programas de limpieza, que consta de las siguientes fases:

- Prelavado. Para el material muy sucio, se realiza con agua fría, para ablandar y disolver la suciedad, sangre, secreciones, etc.

- Lavado. Se realiza a una temperatura entre 40 y 60 °C para que actúen los jabones adecuadamente.

- Aclarado. Con agua a una temperatura entre 70 y 90 °C sin agentes limpiadores.

- Desinfección química (usando el desinfectante adecuado, dosificado de forma automática) o termodesinfección (elevando la temperatura hasta los 93 °C durante 10 minutos).

- Secado. Lo realiza la máquina y es a través de corrientes de aire caliente. Los instrumentos deben retirarse de las máquinas inmediatamente después de finalizar la fase de secado.

- Cubetas de ultrasonidos.

El lavado por ultrasonidos se realiza en una cuba que es capaz de producir ondas sónicas de alta frecuencia, estas ondas se transmiten a través del agua y son convertidas en vibraciones mecánicas chocando con la materia orgánica y haciendo que ésta se desprenda de los instrumentos.

La limpieza con “burbujas ultrasónicas” es mucho más eficaz que la realizada a mano, ya que las burbujas pueden penetrar en áreas a las que no es posible acceder con el cepillo.

Esta técnica se aplica a instrumentos difíciles de limpiar por su escasa accesibilidad (instrumentos de microcirugía, maxilofacial, oftalmología, etc.).

El material se colocará en cestas o bandejas (abrir el material articulado y desmontar las distintas piezas que lo componen) evitando la sobrecarga y comprobando que no se produzcan sombras que impidan el paso de los ultrasonidos y disminuyan la eficacia del proceso de lavado.

Introducir la cesta en agua (temperatura entre 20 y 45 °C) y detergente de tipo enzimático entre 5 y 15 minutos, comprobar que queda totalmente sumergido el material.

Retirar el material de la cesta o bandeja y aclararlo con agua.

Secarlo minuciosamente. Cuando se trate de material con luces estrechas, largas y/o acodadas se utilizará pistola de aire a presión.

Comprobar visualmente que se han eliminado los restos de materia orgánica.

Lubricar las superficies para facilitar su conservación.

- Desinfección.

Para conseguir la desinfección hay que:

- Hacer un cepillado y lavado con agua y detergente del objeto que se quiere desinfectar.
- Utilizar sustancias químicas con acción desinfectante o antiséptica.

Se denominan desinfectantes a los productos químicos usados para la desinfección de objetos y materiales clínicos. Son de uso frecuente la lejía, el jabón, etc.

Se denominan antisépticos a los productos químicos utilizados para la desinfección de piel, heridas y cavidades del organismo (tejidos vivos). Son de uso la clorhexidina, tintura de yodo, alcohol yodado, agua oxigenada, etc.

Los métodos de desinfección de material se clasifican en dos grandes grupos: físicos o químicos.

- Procedimientos físicos.

1. Hervido o ebullición.

2. Pasteurización.

3. Rayos solares.

4. Ultrasonido.

5. Flujo laminar.

- Procedimientos químicos.

1. Antisépticos.

2. Cloruros.

3. Fenol y derivados.

4. Aldehídos.

5. Óxido de etileno.

2. Zona limpia.

Aquí se encuentra la zona de empaquetado y de esterilización.

- Zona de empaquetado.

Preparación del envasado:

Recepcionar el material perfectamente limpio de los distintos servicios, el proveniente de las lavadoras y el lavado manualmente o en la cuba de ultrasonidos; confeccionar los registros correspondientes para el cotejo posterior del instrumental; seleccionar, envasar e introducir el control correspondiente dependiendo del medio de esterilización a utilizar.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá:

- Preparar los paquetes de material para su esterilización, siguiendo el protocolo de la central.

- Colocar los controles químicos y biológicos que sean necesarios.

- Poner las fechas de envasado e identificar los paquetes, si fuera preciso.

- Cerrar los sobres de material con una máquina selladora (termoselladora).

- Zona de esterilización.

Los mecanismos de acción de los principales agentes esterilizantes son la muerte por calor, por agentes químicos y por radiación.

Esterilización por agentes físicos:

- Calor: húmedo (autoclave de vapor, será el medio de uso preferido, siempre que las condiciones de termosensibilidad de los objetos a esterilizar lo permitan) o seco (flameado, incineración, estufa poupinel u horno de Pasteur.
- Radiaciones ionizantes: rayos gamma o beta.
- Rayos ultravioleta.
- Filtros microporosos.

Esterilización por agentes químicos:

- Esterilización por óxido de etileno: será contemplado como un medio de esterilización alternativo, y su uso quedará restringido para los artículos que no soporten la esterilización por vapor.
- Plasma gas.
- Ácido peracético.
- Glutaraldehído y formaldehído.
- Esterilización aeróbica: ozono.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, deberá:

- Clasificar el material según el proceso de esterilización que se vaya a emplear.
- Comprobar el correcto empaquetamiento.
- Introducir los diferentes paquetes según características y protocolo del aparato de esterilización.
- Colaborar en la puesta en marcha de los aparatos y en su control posterior.
- Cumplimentar los registros específicos.

3- Zona estéril.

Aquí se encuentra el área de almacenamiento y/o distribución del material estéril.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, deberá:

- Clasificar el material según criterios (por servicios y unidades de hospitalización), y según de qué se trate (gasas, guantes, etc.).
- Colocar el material en el almacén según protocolo.
- Preparar los pedidos realizados por los quirófanos, plantas de hospitalización y demás servicios.
- Registrar los suministros entregados.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales son uno de los principales problemas hospitalarios conllevando repercusiones económicas graves, ya que debido a dichas infecciones se produce un alargamiento de la estancia de los pacientes.

Una de las medidas más eficaz en la lucha de las infecciones nosocomiales es realizar de forma adecuada y metódica la limpieza, desinfección y esterilización del instrumental sanitario.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) puede y debe realizar un papel muy importante en la prevención de las enfermedades nosocomiales realizando dichos procedimientos de la manera arriba mencionada.

Es responsabilidad del TCAE para que pueda desempeñar ese papel de la mejor forma, conocer perfectamente y en profundidad y aplicar las técnicas y fases de los procesos que se realizan en una Central de Esterilización así como el protocolo que tiene la central en la que desarrolle sus funciones.

6 Bibliografía

1. Importancia de la limpieza y la desinfección del material sanitario [Internet] [citado el 11 de Enero de 2021 en Higiene y Salud]. Disponible en: <https://insumosfirstpro.com/limpieza-y-desinfeccion-material-sanitario/>.
2. El TCAE y el proceso de desinfección y esterilización del instrumental quirúrgico [Internet] [citado el 2 de Marzo de 2020]. Disponible en: <https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-desinfeccion-esterilizacion/>.
3. Protocolo general de limpieza y desinfección del material sanitario de SCS del 26 de Marzo de 2020 [Internet]. Disponible en: <https://www.scsalud.es/>

documents/2162705/9303992/Protocolo+limpieza+y+desinfecci%C3%B3n+de+material+sanitario.+Marzo+2020.pdf/e62e35ed-11f4-3299-eb5c-dbbb86dd5649.

4. Auxiliar de Enfermería del Servicio de Salud del Principado de Asturias, Volumen 2. 7 Editores Recursos para la Cualificación Profesional y el Empleo, S.L.L. (7 Editores). Primera edición, Agosto 2018.
5. Limpieza, Esterilización e Higiene en el Medio Hospitalario. Formación Continuada de Logoss, S.L. E.(2012).
6. Higiene del Medio Hospitalario. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. E.(2008).

Capítulo 72

LA ZONA QUIRÚRGICA HOSPITALARIA Y EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JOSEFA PÉREZ ROS

AMALIA GARCIA LAJARA

MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA

JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO

ISABEL DÍAZ COTILLAS

1 Introducción

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica se requiere una preparación correcta del quirófano, adiestramiento de todo el personal, adecuados métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben tomarse para que la sala de operaciones se convierta en un medio seguro para el enfermo.

El TCAE, como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición de material en quirófano. El proceso quirúrgico consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a paliar, curar o explorar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica.

Cuando un paciente se dispone a pasar por una intervención quirúrgica, a veces este proceso puede ser largo y complicado en el que las propias circunstancias del paciente juegan un papel determinante. Es por este motivo, por el cual los profesionales de la enfermería y en especial el TCAE, deben conocer con detalle cada una de las fases del proceso quirúrgico, para que de esta forma el paciente se sienta apoyado y seguro y nunca abandonado durante el tiempo que dure relación paciente-médico.

El proceso quirúrgico consta de tres fases:

Preoperatorio

Intraoperatorio

Postoperatorio

El conjunto de estas tres fases recibe el nombre de proceso Perioperatorio

2 Objetivos

Describir la zona quirúrgica y las funciones del TCAE en la misma dentro del entorno hospitalario

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 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es muy importante que el consentimiento informado esté firmado por el paciente o por algún familiar. Si el paciente tiene menos de 12 años, a juicio médico y según lo previsto en el artículo 1 del código civil, reúne las condiciones de madurez suficientes para recibir la información y dar su consentimiento, por lo que el consentimiento informado lo firmarán él y sus padres.

El encargado de dar la información es el médico especialista que asiste al paciente y ésta debe darse tanto de forma escrita como oral, con un lenguaje adecuado a cada paciente según su nivel cultural, su capacidad de comprensión y su edad.

La información debe ser lo más completa posible y siempre tiene que incluir las posibilidades de tratamiento, diagnóstico y pronóstico, así como el nombre del procedimiento a realizar, su objetivo y la forma de realizarlo y por supuesto las consecuencias seguras de la intervención, los beneficios y riesgos posibles.

Si el paciente está incapacitado, el médico es el encargado de establecer la capacidad de comprensión antes del consentimiento. Si el médico valora que no es capaz de decidir aun siendo mayor de edad, es necesario el consentimiento de sus allegados, a quienes correspondería la representación.

Hay ciertas excepciones para la obtención del consentimiento informado:

Cuando la intervención a realizar no suponga un riesgo para la comunidad

Cuando la persona no tenga capacidad mental o física para tomar sus propias decisiones, en ese caso lo hará la familia

Cuando la patología sea urgente y no permita demoras, dejando siempre constancia en la historia clínica

Cuando exista una orden judicial

PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, como parte importante del equipo quirúrgico, tiene asignadas importantes tareas como la preparación del quirófano previamente a la intervención, así como su recogida después de ésta y todas las tareas de mantenimiento para que esté en óptimas condiciones en todo momento, de esta forma todo el equipo llevará a cabo sus funciones con toda seguridad, para que el paciente esté protegido y seguro y se eviten las posibles complicaciones durante todo el proceso asistencial.

Por tanto, el TCAE debe:

Colocar correctamente el mobiliario y aparataje quirúrgico antes y después de la intervención

Colocar el equipo textil-desechable y el instrumental

Preparar los sistemas de aspiración necesarios para la anestesia

FASES DEL PROCESO QUIRÚRGICO

Como ya se ha mencionado anteriormente, el proceso perioperatorio consta de tres fases:

Preoperatorio

Comienza en el momento en el que se decide que el paciente debe someterse a una intervención y termina cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica. Su objetivo es identificar las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente, así como los problemas potenciales

El primer paso es la recepción y preparación del paciente, en esta primera etapa la enfermera y el TCAE de la unidad de hospitalización recibirán al paciente a

su ingreso y lo prepararán de forma adecuada para minimizar el impacto y los riesgos de la intervención a nivel tanto físico como emocional.

El protocolo de acogida y recepción de los pacientes incluye:

Acompañar al paciente y a su familia a la habitación

Mostrarle la habitación y la correcta utilización de timbre, luces, etc.

Informarle a él y a su familia del horario de visitas, normas y servicios disponibles del centro

Proporcionarle utensilios de aseo personal (pijama o camisón)

Identificarle con una pulsera en caso de ser niños, lactantes o neonatos)

Una vez el paciente está dispuesto entrar en el quirófano, se deben realizar ciertos preparativos:

Rasurar la zona a operar en el caso de ser necesario

Administración de enemas pautados

Administrar medicamentos orales que el paciente toma de forma habitual, si el medico así lo decide

Administrar tratamiento antibiótico preventivo

Comprobar que las pruebas complementarias se hayan realizado

Asegurarse de que todos los consentimientos informados estén debidamente cumplimentados

Informar al paciente de que no debe tomar nada por vía oral 6-8 horas antes

Enseñar al paciente como realizar un aseo completo con jabón antimicrobiano la noche anterior

Advertirle que debe retirarse todas las joyas y elementos metálicos, así como el esmalte de uñas

Proporcionar apoyo psicológico

Cumplimentar el registro preoperatorio, así como comprobar todos los datos

Antes de entrar al quirófano, está el antequirófano donde la enfermera circulante es la encargada de verificar la identidad del paciente y su historia clínica, así como supervisar que todo en la fase de preparación de ha realizado correctamente.

En esta fase es importante la visita preoperatoria, un instrumento al servicio de los profesionales de enfermería implicados en el proceso, el cual tiene como objetivo aliviar la ansiedad y temores del paciente ante la intervención inmediata, donde podrá expresar sus sentimientos y su punto de vista, así como proporcionar información veraz y aclarar malos entendidos.

Intraoperatorio

Comienza con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica y termina cuando se admite al enfermo en la sala de recuperación. Su objetivo es cubrir las necesidades del paciente y procurar su bienestar durante todo el proceso.

Registro de datos

Los cuidados del paciente durante la intervención comienzan con el registro por parte del personal de enfermería de una serie de procedimientos realizados durante el proceso que pueden pasar inadvertidos pero que se realizan sistemáticamente, y que afectan o pueden afectar a los cuidados posteriores del paciente, de esta manera con este registro se pretende:

Ofrecer una relación escrita de los cuidados aplicados durante todo el proceso

Servir como medio de comunicación entre los profesionales

Proporcionar una base legal y administrativa

Servir como instrumento escrito para la evaluación e investigación de los cuidados aplicados

Este registro incluye datos sobre el paciente como alergias, su diagnóstico, vías utilizadas, sondajes, posición durante la intervención, pruebas diagnósticas, anestesia, etc.

Transferencia a la mesa quirúrgica

Una vez finalizado el registro de todo lo que se va hacer durante la intervención, se continúa con la transferencia del paciente a la mesa quirúrgica, donde el personal de enfermería le proporcionara la asistencia adecuada para transferirlo con seguridad y prevenir lesiones del personal durante el traslado, así como proporcionale toda la comodidad posible.

Una vez el paciente está en la mesa quirúrgica se procede a su monitorización.

Cuando el paciente está anestesiado y se somete a una cirugía extensa e invasora el cuerpo se ve sometido a mucho estrés, la monitorización tiene como objetivo observar de manera constante los aspectos de la función respiratoria, cardiovascular y del sistema nervioso.

Se deben monitorizar los siguientes parámetros:

Tensión Arterial (TA)

Electrocardiografía (ECG)

Oximetría de pulso (Saturación)

Posición quirúrgica y preparación de la piel del paciente

La mesa de operación puede colocarse de diferente manera para lograr la posición deseada, ésta debe ser segura y cómoda, debe facilitar la inserción de sondas, no comprimir paquetes vasculares o nerviosos, proporcionar un campo quirúrgico accesible, así como proporcionar ventilación mecánica y la circulación. Las posiciones más utilizadas son:

Decúbito supino

Decúbito prono

Sims

Fowler

Litotomía

Kraske

Laminectomía

En cuanto a la preparación de la piel del paciente, ésta debe ser rasurada si es necesario para su incisión, así como limpiarla de forma mecánica con un agente antiséptico para obtener un campo estéril alrededor de la zona quirúrgica

Postoperatorio

Comienza con la admisión del paciente en la unidad de recuperación postanestésica (URPA) y termina cuando el paciente es dado de alta de la unidad. Una vez termina la intervención se reanima al paciente hasta que se despierte y respire por sí solo y se traslada fuera del quirófano a una sala de despertar, donde permanecerá hasta que despierte del todo, posteriormente se traslada a su habitación.

El postoperatorio se divide en dos fases:

Inmediato

Horas siguientes a la intervención, se produce la recuperación de la anestesia y la cirugía. En esta fase se controla que el paciente recupere totalmente sus funciones vitales (respiración, frecuencia cardíaca, estado de consciencia, movilidad, etc.)

El paciente puede presentar dolor, mareos, náuseas y mal estar generalTardío

El paciente recuperará su estado normal y logrará el nivel funcional más adecuado que sea capaz. En esta fase se previene y trata el dolor postoperatorio, se controla las complicaciones y se ayudará al paciente a volver a su máximo nivel de funcionalidad. Esta fase puede durar meses

La fase postoperatoria debe tener un seguimiento del paciente. Junto con el informe de alta, se le entrega la hoja informativa con los consejos que debe seguir posteriormente a la operación. En ocasiones el paciente es citado al día siguiente de la cirugía, siempre que ésta lo permita, donde se revisa el estado de su herida quirúrgica.

RECOGIDA, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL QUIRÓFANO

La limpieza y recogida del quirófano es una función muy importante del TCAE, para ello se debe seguir una serie de pautas para que esté en condiciones óptimas para la siguiente intervención, estas pautas son las siguientes:

Retirar todo el material desechable usado durante la intervención

Limpiar el mobiliario con un trapo húmedo con solución desinfectante, incluidas las lámparas del quirófano, microscopios, bombas de infusión, motores y consolas, etc.

Las manchas de sangra se quitarán con agua fría o con agua oxigenada

Cambiar y cerrar los sistemas de aspiración
Preparar el material para su esterilización
Limpiar las mesas quirúrgicas con lejía
Revisar los contenedores de material punzante
Colocar las sabanas de la mesa quirúrgica después de limpiar
Coordinarse con el servicio de limpieza para dejar limpio y preparado el quirófano para la siguiente intervención quirúrgica

REPOSICIÓN DEL MATERIAL DE QUIRÓFANO

Cuando una intervención quirúrgica finaliza, el TCAE es el personal de enfermería encargado de la reposición de todo el material, para ello debe conocer la ubicación de todo el material fungible del quirófano.

Existen diferentes áreas o almacenes donde se encuentra el material, como el almacén de anestesia, de suturas, de farmacia, etc.

El TCAE debe reponer el material de las siguientes zonas:

Zona limpia y de quirófano: reposición del material fungible como equipos quirúrgicos y paños, mascarillas, gorros, calzas, soluciones desinfectantes, cepillos quirúrgicos, ropa, reponer vitrinas y estanterías incluso medicación

Zona de lavado de instrumental: gomas de aspiración, filtros de esterilización, gafas de protección, guantes desechables no estériles, detergentes y desinfectantes

Carro de material fungible: gasas y compresas, paños, sondas vesicales y apósitos

Carro de anestesia: jeringas, agujas, sueros, sistemas de macrogoteo, esparadrapos

MANTENIMIENTO DEL QUIRÓFANO

El quirófano debe tener un mantenimiento adecuado, para ello es necesario que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería siga las siguientes pautas:

Revisar todos los quirófanos para que estén en perfectas condiciones y puedan ser utilizados en cualquier momento

Apagar luces y cerrar puertas

Revisar y recoger el instrumental pendiente de otros turnos e intervenciones

Revisar el montacargas para recoger el material enviado por el servicio de esterilización

Revisar periódicamente los esterilizadores de quirófano, realizar los controles diarios y registrarlo todo

Cerrar las tomas de oxígeno y de vacío cuando no se estén utilizando

Apagar monitores cuando no se estén usando

Dejar conectados los respiradores siempre a la red eléctrica, así como las bombas de perfusión para que no se descarguen

Dejar vestidas las mesas quirúrgicas después de cada intervención

5 Discusión-Conclusión

Todas las actividades de enfermería dentro de quirófano se realizan entre la enfermera circulante, enfermera instrumentista y el TCAE, diferenciándose funciones propias de cada uno de los profesionales que componen el equipo quirúrgico. Concretamente, el TCAE realiza las técnicas quirúrgicas necesarias en coordinación y bajo la supervisión del equipo de enfermería del quirófano correspondiente

El TCAE hace una importante labor antes, durante y después de una intervención quirúrgica en colaboración con el equipo de enfermería.

Todos estos cuidados y atención al paciente que realiza el TCAE son imprescindibles para que el resto de los implicados puedan mantener su concentración al 100%

6 Bibliografía

1-euroinnova.edu.es auxiliarenfermeriabcn.net

Capítulo 73

EL PACIENTE TERMINAL-PALIATIVO Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AAUXILIARES DE ENFERMERÍA

JOSEFA PÉREZ ROS

AMALIA GARCIA LAJARA

MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA

JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO

ISABEL DÍAZ COTILLAS

1 Introducción

Comenzaremos diciendo que el primer paso para tratar a un paciente terminal es perderle miedo a la muerte y verla como un ciclo natural. Además de eso, un buen profesional sanitario tiene que desarrollar una gran comunicación entre el paciente y la familia, pues eso aumentará la autoestima del enfermo.

Además, debemos añadir que los cuidados para pacientes terminales son administrados por un equipo. Este equipo puede incluir médicos, enfermeras, trabajadores sociales, consejeros, ayudantes, el clero y terapeutas. El equipo trabaja mancomunadamente para brindarle al paciente y a la familia consuelo y apoyo. Los profesionales de la salud, y en concreto los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), perciben y sufren a menudo una serie de situaciones,

tanto en el ámbito profesional como en el personal, que conlleva pérdidas y situaciones de dolor continuo y proceso de duelo por pérdidas importantes de un ser allegado.

Estas circunstancias afectan en todos los aspectos y apenas se dispone del tiempo ni del lugar para conseguir la resolución beneficiosa de estas pérdidas.

La medicina actual y moderna buscan la curación de las enfermedades y el alargamiento de la vida, por lo que la muerte es considerada como una decepción y un fracaso.

Por otro lado, según los estudios, los técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería a menudo expresan que tienen impedimentos en la continua relación y comunicación con los enfermos terminales y con sus familias. Además, existen factores que influyen como la experiencia laboral del profesional y la edad del paciente.

2 Objetivos

Describir la función del TCAE en el bienestar y atención integral del paciente terminal

3 Metodología

Revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Cuiden, Dialnet plus y Scopus.

La búsqueda de los artículos se realizó tanto en inglés como en español, utilizando las palabras clave: duelo, muerte, comunicación, cuidados paliativos, TCAE.

Se analizaron diversos artículos de los cuales se seleccionaron 11 por considerarlos relevantes, tanto en el contenido como en su publicación.

4 Resultados

Higiene

Habitualmente el paciente en estado terminal permanece encamado, por tanto, el aseo suele ser realizado por el TCAE.

Preservaremos la intimidad del paciente en todo momento y mantendremos unas condiciones óptimas para su comodidad.

Comenzaremos por la limpieza de los ojos que se han de limpiar a menudo con gasa impregnada en solución salina para evitar acumulación de secreciones y

sequedad de las córneas. A continuación, seguiremos el orden de aseo habitual dejando en último lugar la zona genital.

Es muy importante mantener la piel hidratada ayudándonos de lociones corporales hidratantes, además de mantener boca húmeda y labios hidratados en todo momento.

Alimentación

En primer lugar, valorar el grado de tolerancia del paciente, adecuándonos a lo que el prefiera y nunca forzando.

Disminuiremos cantidades y ofreceremos alimentos apetecibles para el paciente, lo colocaremos en posición cómoda en el momento de la ingesta.

Tras cada comida es importante realizar la higiene oral.

Eliminación / evacuación

Suele ser habitual en estos pacientes debido a la medicación y a la inmovilidad el estreñimiento, haremos especial hincapié en el aumento de ingesta de líquidos, laxantes bajo prescripción médica, así como en su caso la administración de enemas.

Otro problema frecuente son los vómitos y náuseas, que se intentarán disminuir o evitar con las siguientes recomendaciones:

Respirar profundamente disminuye el reflejo nauseoso,

Evitaremos olores fuertes y desagradables durante las comidas

Evitaremos la aspiración colocando al paciente en decúbito lateral si no hay contraindicaciones, cuando se esté produciendo el vómito.

Descanso

Disponer de pequeñas siestas durante el día.

Realizar cambios posturales cada 2-3 horas para mejorar el descanso.

Llevar a cabo alguna serie de medidas tales como masajes para una mayor comodidad.

Manejo del dolor

Nos aseguraremos de que el paciente recibe los cuidados analgésicos necesarios pautados por el personal facultativo.

Además, podremos enseñarle el uso de técnicas no farmacológicas que podrían ayudarle a mejorar su estado tales como la terapia musical, técnicas de relajación, etc.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE junto con el equipo de Enfermería y el Facultativo trabajarán en equipo para que el paciente terminal esté en un ambiente cómodo y agradable para con-

seguir su bienestar en sus últimos momentos de vida.

Además, estos profesionales deberán poseer cualidades y capacidades para enfrentarse a esta situación, ya que son los que van a pasar la mayor parte del tiempo con la familia controlando sus emociones y estados de ánimo, empatizando con ellos.

Es importante mencionar la capacidad del TCAE para reconocer el lenguaje no verbal en estos pacientes, interpretando cualquier cambio, notificándolo al personal de Enfermería o Facultativo para que posteriormente tomen las medidas oportunas.

6 Bibliografía

secpal.com/ biblioteca guía- cuidados-paliativos-1 san.gva.es/ documents/246911/251004/ guiasap027terminal medlineplus.gov/ spanish/ency/patientinstructions/ 000467.htm

Capítulo 74

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ZONA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL

JOSEFA PÉREZ ROS

AMALIA GARCIA LAJARA

MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA

JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO

ISABEL DÍAZ COTILLAS

1 Introducción

La unidad de neonatología es la sección del hospital que se encarga de la asistencia y cuidado del neonato o recién nacido. Incluye la asistencia en el momento del parto, la atención de los recién nacidos que están con sus madres en la maternidad y la de aquellos neonatos enfermos que necesitan cuidados médicos.

Las unidades neonatales pueden ser más o menos complejas. Todas comparten la asistencia en la sala de partos y la presencia de áreas de cuidados básicos e intermedios para aquellos neonatos que requieren vigilancia y atención médica, pero que no se encuentran graves. Las unidades más complejas son las que realizan el cuidado intensivo de los neonatos con problemas más serios, son las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Las unidades que no tienen cuidados médicos intensivos están preparadas para la atención inicial de pacientes graves y para trasladarlos en condiciones adecuadas a los centros de mayor complejidad.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) le dará a la madre apoyo e información adecuada y comprensible a lo largo de todo el proceso, en un ambiente de intimidad, cordialidad y familiaridad que le infundan seguridad, tanto a ella como a su familia.

En este capítulo expondremos las principales funciones del TCAE en paritorios y unidad de neonatología

2 Objetivos

Describir el papel del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en paritorios y unidad de neonatología 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

Papel del TCAE en paritorios

Son varias las labores que el auxiliar debe desempeñar en la sala de paritorios:

Preparación y comprobación de los equipos y del material de la mesa de partos.

Preparación del campo estéril con todo el material que se vaya a precisar.

De la mesa del recién nacido (pañó estéril con gasa, pinza curva y la pinza para el cordón umbilical).

De toda la medicación que va a recibir (colirio antiséptico, vacuna hepatitis B, vitamina K).

De la mesa con el material para la realización del pH si fuese necesario.

De la mesa de reanimación (tubo de conexión de oxígeno con ambú).

Tendrá preparada la cuna, debidamente higienizada, que recibirá al neonato.

Tendrá preparada la incubadora en el caso de que fuese necesaria su utilización.

Recogerá, pesará y vestirá al recién nacido,

Recogerá las huellas digitales y plantar y colocará la pulsera identificativa en el tobillo del neonato.

Al finalizar el parto, recogerá todo el material, lo limpiará y enviará a esterilización; recogerá la ropa sucia y repondrá todo el material necesario

Después del nacimiento y de realizadas la evaluación inicial y las primeras atenciones en la misma sala del paritorio y sin que se le separe de su madre, ya que siempre debe estar a la vista de esta (en caso de que se haga necesaria esta separación, la madre deberá ser informada, debiendo firmar el consentimiento correspondiente), se identificará adecuadamente al neonato con la citada pulsera identificativa donde aparecerán el nombre y los apellidos de la madre, la fecha y hora del parto y el sexo del recién nacido. A continuación, se pasará a ambos, tanto a la madre como a su hijo, a la unidad.

Entre las pruebas rutinarias que se realizan al bebé, destacamos:

PRUEBAS RUTINARIAS

Peso, talla, perímetro cefálico. Para comprobar que estas medidas están dentro de los parámetros normales se toman de referencia unas tablas específicas según el sexo del bebé.

Profilaxis conjuntivitis neonatal. Se le aplica al bebé un colirio o pomada antibiótico para evitar posibles infecciones oculares.

Profilaxis enfermedad hemorrágica. Se administrará vitamina k en las 2 a 4 primeras horas de vida del neonato.

Vacuna hepatitis B. Suele administrarse en las primeras horas y se repetirá a los 2 y 6 meses.

Test de Apgar. Este se realizará al minuto y a los 5 minutos para evaluar el grado de adaptación a la vida extrauterina, el riesgo del recién nacido y las posibles malformaciones. Sólo en algunos casos se realizará a los 10 minutos.

Papel del TCAE en la Unidad de Neonatología

Una vez que madre e hijo llegan a la habitación, se procurarán todos los cuidados necesarios para el confort de estos. El auxiliar de enfermería colaborará con la enfermera/o en todas aquellas labores para las que sea requerido y le servirá de apoyo.

Se preocupará por:

El acomodamiento de la madre y el neonato

Procurará líquidos y alimentos a la madre

Orientará y ayudará a ésta en el inicio a la lactancia materna (posición correcta al pecho, colocación del pezón para que no surjan grietas posteriores, duración de la toma, que los orificios nasales del bebé estén libres,) si la madre es primeriza.

Ayudar con la higiene del bebé

Reposición de lencería

En definitiva, procurará que tanto la madre como el recién nacido estén en las mejores condiciones ambientales y sanitarias, de manera que queden cubiertas todas sus necesidades. Estos cuidados se harán siempre en un ambiente de intimidad, evitando interferencias exteriores, así como manipulaciones en exceso del recién nacido, que puedan influir negativamente tanto en la madre como en el neonato.

El TCAE informará al enfermero/a de cualquier incidencia que pueda surgir y anotará todos aquellos aspectos que puedan resultar relevantes, tanto en Partitorios como en la Unidad, quedando, de este modo, formalmente registrados en la hoja de enfermería

5 Discusión-Conclusión

La atención, seguimiento y cuidados, tanto a la madre como al neonato, desde el instante mismo del parto, deben ser realizados por un equipo multidisciplinar formado por un grupo de profesionales sanitarios, entre los que también se encuentra el TCAE. Éste, será el encargado de realizar los cuidados básicos de enfermería de manera coordinada con el equipo de enfermería, a quien servirá de apoyo. Esta atención ha de ser integral y continuada. El objetivo primordial es que la llegada al mundo del bebé sea un acontecimiento satisfactorio, gratificante y feliz.

El Auxiliar, como persona profesional y responsable que es, debe estar perfectamente formada para el trabajo que va a desempeñar y ser conocedora de todas las técnicas especiales que puedan ser requeridas en caso de emergencia.

6 Bibliografía

cuidamos delamujer.es/es/ cartera-servicios /medicina-materno -fetal- neonatologia/ neonatologia#: hospitalregional demalaga.es/LinkClick.aspx ?

Capítulo 75

TIPO DE INSTRUMENTAL DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A RAZON DE SUS FUNCIONES A REALIZAR

JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ

FRANCISCA GARCÍA LORENZO

NURIA MARTÍNEZ RAMÓN

MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN

RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ

1 Introducción

El instrumental médico-quirúrgico debe ser resistente, inoxidable, antireflectante, desmontable total o parcialmente, y también debe ser fácil de limpiar.

Suele ser de acero inoxidable, aunque también podemos encontrar elementos de aluminio, plata, cobre, materiales plásticos (PVC, silicona, caucho, látex, silkolátex, etc.), materiales sintéticos duros, vidrio y cerámica.

Las aleaciones que se utilizan deben tener propiedades específicas para hacerlos resistentes a la corrosión cuando se exponen a sangre y líquidos corporales, soluciones de limpieza, esterilización...

Según su uso, el instrumental puede clasificarse en material desechable o reutilizable (con esterilización).

Según sus funciones se clasifica a su vez en: instrumental de exploración, de campo, de corte o diéresis, de hemostasia, de exposición, de disección, de aprehensión y de sutura o síntesis.

En todos los niveles asistenciales, la reutilización segura del material clínico sólo puede llevarse a cabo tras un correcto proceso de descontaminación y conservación del mismo.

La descontaminación es el proceso mediante se eliminan los microorganismos de los objetos o artículos contaminados durante la atención del paciente, bien sea por contacto con fluidos corporales o por restos orgánicos. El objeto de la descontaminación es que el instrumental sea seguro para su manipulación en posteriores usos.

Existen distintos niveles de descontaminación, los cuales son limpieza, desinfección y esterilización.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el material e instrumental según su función

3 Metodología

Basada en la evidencia científica, en la búsqueda de bases de datos mas importantes, así como revisión en libros, artículos especializados y material formativo, así como también en la consulta de revistas científicas como Elsevier, la revista española de ciencia sanitaria, diario sanitario etc

4 Resultados

Material de exploración:

La exploración instrumental específica tiene como finalidad el estudio de algún órgano en concreto o de una función orgánica determinada.

- Depresor lingual o espátula bajalenguas: instrumento con forma plana (de metal, madera o plástico rígido) que se utiliza para explorar boca y faringe. Se comprime la lengua contra el suelo de la boca para visualizar toda la cavidad bucofaríngea.
- Abrebocas: sirve para facilitar la exploración de la boca, intubar y realizar pequeñas maniobras quirúrgicas.

- Báscula con tallímetro: se usa para medir la altura y pesar al paciente.
- Cinta métrica: se utiliza para conocer distintas dimensiones (perímetro torácico, perímetro craneal, etc.).
- Termómetro: se emplea para medir la temperatura del paciente.
- Martillo de reflejos: sirve para estudiar reflejos osteotendinosos. Suele llevar incorporados una aguja y una pluma (o cepillo) para explorar la sensibilidad.
- Diapasón: instrumento vibratorio que sirve para comprobar la agudeza auditiva, explorando la audición por vía aérea y ósea.
- Linterna: se emplean como auxiliares de la exploración de la cavidad buco-faríngea, junto con el depresor lingual, los abre bocas y las pinzas de Magill. También para explorar los reflejos pupilares. Debe tener una luz potente y fría, por lo que son muy utilizados los focos halógenos de luz blanca.
- Laringoscopio: se usa para la exploración de la laringe y la intubación.
- Espejo laríngeo: se utiliza para la observación directa de la laringe, con fuente de luz.
- Oftalmoscopio: sirve para ver ampliado el fondo del ojo de un paciente, donde se encuentra la retina. Se basa en la reflexión por espejos de un rayo de luz.
- Otoscopio/rinoscopio: es un instrumento con un haz de luz para explorar el oído y las fosas nasales. Ayuda a visualizar y examinar la condición del canal auditivo, el tímpano y los conductos nasales.
Tanto el otoscopio como el rinoscopio pueden tener un mango con baterías para su uso autónomo o bien depender de un panel acoplado a la pared de la consulta que utiliza la red eléctrica.
- Esfigmomanómetro o tensiómetro: instrumento médico usado para medir indirectamente la presión arterial.
Se compone de un sistema de manguito hinchable (de diferente tamaño, para niños, adultos y adultos obesos), con un manómetro (medidor de la presión) y un estetoscopio para auscultar de forma clara el intervalo de los sonidos sistólico y diastólico. Se suele usar en el brazo del paciente.
- Fonendoscopio o estetoscopio: se usa para la auscultación, principalmente, de los ruidos cardiacos y respiratorios. Está constituido por un tubo de goma conectado a dos auriculares. En un extremo tiene un diafragma (membrana vibrante) y una campana, los cuales amplifican los sonidos de auscultación. También se usa para escuchar los ruidos intestinales, como auxiliar de la percusión abdominal y de la toma de tensión con los esfigmomanómetros manuales.
- Estetoscopio obstétrico: se usa para auscultar los latidos fetales.
- Espéculo: es un instrumento de acero quirúrgico o de plástico utilizado para dilatar la entrada de ciertas cavidades y mantener separadas las paredes de las

mismas, con objeto de examinar su interior. Puede ser bucal, vaginal, anal, etc.

- Glucómetro: es un instrumento portátil de medida que se utiliza para obtener la concentración de glucosa en sangre (glucemia), de forma instantánea, a través de una pequeña gota.

Instrumental de talla o campo:

Sujetan los campos quirúrgicos y los paños estériles que delimitan la zona de incisión, cubriendo el resto del cuerpo. Se trata de las pinzas Pinocets (de cangrejo o pinzas de Jones), y las pinzas Doyen (o de segundo campo).

Instrumental de diéresis:

Objetos cortantes que se emplean para dividir, hacer incisiones o separar tejidos.

- Escalpelo: bisturí clásico o lanceta de una sola pieza. Puede afilarse.
- Bisturí: compuesto de mango y hojas esterilizadas de un solo uso, de distintos tamaños y formas.
- Bisturí eléctrico: corta y produce hemostasia por electrocoagulación.
- Tijeras: de vendajes (con punta abotonada), de mayo (anchas y fuertes, para cortar tejidos duros) y de Metzembaum (más finas y alargadas, para disección profunda).

También se engloba en esta categoría material traumatológico, como sierras, taladros, escoplos o cizallas.

Instrumental de hemostasia:

Se usan para la oclusión provisional de vasos sangrantes, deteniendo la hemorragia, así como para comprimir el intestino e impedir que salga su contenido sin afectar a las paredes. Se denominan también de presión continua o cremallera.

- Pinza de Pean: tiene los extremos en forma de pico de pato y estrías transversales.

Puede ser autorretentiva o no autorretentiva. Se usa principalmente para detener hemorragias.

- Pinza de Kocher: pinza corta, recta, con dientes en la punta y estrías transversas en el resto de la mandíbula.

Puede ser autorretentiva, recta o curva, y tener dientes de ratón. Las pequeñas se llaman “mosquito”, y se emplean para procedimientos superficiales y cirugía vascular periférica.

- Pinza de Crile: puede ser recta o curva, con o sin dientes, y autorretentiva.

Instrumental de exposición:

Permite exponer los tejidos en la operación con el mínimo trauma posible y facilitando las maniobras.

Se trata del separador de Farabeuf, separador de Roux, separador de Volkmann, valva abdominal de Doyen (o de tracción manual) y separador de Gosset (o au-

toestático abdominal).

Instrumental de disección:

- Pinza de disección: puede ser de distintos tamaños, con o sin dientes de ratón, recta, curva, acodada o en bayoneta.
- Estilete: barra delgada de metal acabada en punta o en una pequeña esfera (abotonado). Se usa para la exploración de ciertas heridas, comprobando su profundidad y dirección.
- Sonda acanalada: además de usarse para examinar las heridas incisas y profundas, su forma permite drenar líquido al exterior.
Sirve para evidenciar el trazado de las fístulas, realizar el drenaje de las heridas y abscesos, y servir de límite al bisturí protegiendo el tejido que está por debajo del corte.
- Pinza de Magill: es una pinza acodada (torcida hacia la izquierda) que ayuda a dirigir el tubo endotraqueal hacia la laringe.

También se utiliza para intubaciones, introducir sondas o extraer cuerpos extraños de la faringe.

- Trocar (recto o curvo): instrumento quirúrgico para punciones evacuativas y exploradoras (biopsias) que consiste en un punzón introducido en una vaina o cánula, la cual se puede retirar una vez realizada la punción.

Instrumental de prehensión:

Se usan para tomar o asir, adaptándose al espesor y resistencia de los tejidos.

Son la pinza de Allis, la pinza de Forester (o portaalgodones) y la pinza de Duval-Collin (las puntas en forma de triángulo minimizan el trauma de tejidos delicados).

Instrumental de síntesis o sutura:

Se utilizan en la unión y restauración de la continuidad de los tejidos.

• Agujas de sutura: hay de distintos tamaños y curvaturas. Las secciones (forma longitudinal) dependen de la zona que haya que coser. Pueden ser:

- Cilíndrica: afilada en la punta pero sin bordes cortantes en toda su longitud. Se usa en tejidos blandos, como vísceras.
- Espatulada: con una forma hexagonal aplanada, tiene dos bordes cortantes. Se usa en tejidos fuertes como la piel.
- Triangular: con tres bordes cortantes, puede atravesar los tejidos más duros. Es la más dolorosa.
- De Tapercut: cerca de la punta de la aguja la sección es triangular, pero el resto es cilíndrico, lo que hace que sea un poco menos dolorosa que la anterior.
- Aguja de Reverdin: aguja montada sobre un mango. Cerca de la punta presenta un ojo que se puede abrir y cerrar mediante un sistema de deslizamiento.

- Hilos de sutura: pueden ser naturales o sintéticos. Reabsorbibles para tejidos internos (catgut, ácido poliglicólico) o no reabsorbibles (seda, lino, metal) para la superficie corporal. El calibre o grosor del material es importante para conseguir una resistencia a la tensión adecuada.
- Portaagujas de Hegar-Mayo: tiene cremallera de ajuste y se maneja con los dedos corazón y pulgar.
- Portaagujas de Mathieu: se sujeta con la palma de la mano y se abre y cierra al presionar.
- Portaagujas Gillies (o combinado): incorpora una tijera en el interior de las hojas. Se usa cuando se trabaja solo, sin ayudante.
- Tijeras de Littaver: se usan para retirar suturas.
- Grapadoras dérmicas: facilitan la colocación de grapas o suturas metálicas estériles. Pueden ser desechables o reutilizables, dérmicas o internas.
- Quitagrapas: permiten retirarlas, presionando en la zona central y abriéndolas.
- Pegamentos dérmicos: se usan para suturar “sin hilos” o grapas. El cierre de las heridas es muy favorable y se considera muy estético.

5 Discusión-Conclusión

Se ha explicado para que sirve cada uno de ellos en líneas generales, cual es su finalidad, por ejemplo el material de exploración nos ayuda en el estudio de un órgano concreto o una función orgánica determinada.

Se ha recordado que es importante vigilar la correcta funcionalidad del material (si no es así, debe de retirarse o mandarse a reparar) así como una vez que llega del servicio de esterilización se debe comprobar también que esté correctamente limpio así como que el envase en el que ha llegado este cerrado correctamente de forma hermética de tal forma que sepamos que no está contaminado.

Por último, no se debe olvidar que el auxiliar de enfermería es el responsable de la recogida y limpieza del instrumental y, junto con el graduado en enfermería, de su cuidado, esterilización y correcto almacenamiento para ser posteriormente utilizado de nuevo en las condiciones óptimas para un siguiente uso.

6 Bibliografía

1- Instrumental Sanitario- Info TCAE- disponible en <http://infotcae.blogspot.com/p/blog-page.html?m=1>.

- 2- El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y el proceso de desinfección y esterilización del instrumental quirúrgico- Revista Médica y de enfermería- disponible en <https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-desinfeccion-esterilizacion/>.
- 3- HIGIENE T5: Materiales e Instrumental de uso Sanitario. El Carro de Curas- disponible en <http://tcaeauxiliaresenfermeria.blogspot.com/2015/01/higiene-t5-materiales-e-instrumental-de.html?m=1>.
- 4- Instrumental Sanitario- Publicado el 15 de jul. de 2015- Antonio Malagón disponible en <https://es.slideshare.net/AntonioMalagnRuiz/instrumental50562318>

Capítulo 76

LA DIABETES EXPLICADO POR EL EQUIPO DE TÉCNICOS DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ

FRANCISCA GARCÍA LORENZO

NURIA MARTÍNEZ RAMÓN

MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN

RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa de la sangre están altos. La glucosa viene de los alimentos que se consumen.

Se puede decir que la diabetes es un tipo de patología que aparece cuando el páncreas no es capaz de asimilar o sintetizar la insulina que el cuerpo humano necesita para funcionar correctamente. La insulina es una hormona que es producida por el páncreas y que tiene como función colaborar para que la glucosa entre dentro de las células para aportar la energía que se necesita. Tiene como función hacer que se mantengan los valores necesarios de glucosa en la sangre. En muchas personas, el páncreas no funciona correctamente, por lo cual, es cuando se provoca la diabetes. La diabetes puede llegar a provocar ceguera en la persona que lo padece como también puede provocar una insuficiencia renal y

daños en los nervios. También puede provocar enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y la necesidad de llegar a tener que amputar un miembro.

La diabetes se puede detectar con un análisis de sangre o también con una prueba llamada A1c.

Es muy importante diagnosticar a tiempo esta enfermedad para evitar estas graves consecuencias.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2019 la diabetes fue la séptima causa culpable de mortalidad en el mundo.

2 Objetivos

Objetivo general

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye el papel del Técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) en pacientes con diabetes.

Objetivos específicos

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales para el manejo de los pacientes con diabetes.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de los pacientes con diabetes.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a los pacientes con diabetes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se puede detectar si se tiene diabetes con un análisis de sangre y también saber como están los valores de glucosa en sangre. También hay una prueba, la A1c, que nos determina como está manejando la diabetes. En el análisis de sangre, en caso de haber dado unos valores altos de glucosa en sangre, habría que realizar un estudio complementario para saber que tipo de diabetes se tiene.

Podemos encontrar dos tipos de diabetes aunque los factores y las causas pueden ser diferentes en cada tipo de diabetes. Podemos encontrar:

- Tipo 1 o mellitus: este tipo de diabetes es la menos común. Se le conoce como la diabetes juvenil aunque puede aparecer en cualquier edad. Donde más casos se registran es en niños y adolescentes. Esta diabetes es de origen autoinmune.

Los anticuerpos que tenemos en nuestro organismo lo que hacen es atacar a una parte del páncreas, en concreto a las células que producen la insulina.

- Tipo 2: esta diabetes es una diabetes crónica y es la más común que nos podemos encontrar. Esta diabetes suele aparecer a una edad adulta y es debido a que en muchas ocasiones va relacionada con unos malos hábitos alimenticios de la persona que lo padece y a la falta de ejercicio físico. En cuanto a la hora de sufrir esta diabetes, es muy importante los antecedentes familiares y los genes.

Hay otro tipo de diabetes llamada la gestacional y que aparece por primera vez en el embarazo.

Por otra parte, en cuanto al tratamiento farmacológico, decir que no todas las diabetes se pueden tratar por igual. Por ejemplo, en alguna diabetes como la tipo 1, la insulina puede bajar los niveles. Sin embargo, en otras diabetes como es la tipo

2, con medicación oral lo que se pretende es reducir los niveles hasta mantenerlos en los valores normales. Si a todo esto sumamos una buena dieta y la práctica de ejercicio físico, sería importante para combatir esta enfermedad.

Un técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que tener los conocimientos suficientes sobre esta enfermedad para poder cuidar de pacientes que la sufren. Tiene que saber los valores normales de la diabetes, para tener controlado en todo momento al paciente y saber actuar en el momento en el que el paciente sufra una alteración de la glucosa.

Cuando los valores de la glucosa están por debajo de 60mg/dl se dice que hay hipoglucemia.

Cuando los valores superan los 110mg/dl se dice que hay hiperglucemia.

5 Discusión-Conclusión

Según la organización mundial de la salud (OMS), define la diabetes como una enfermedad metabólica de tipo crónica que su principal característica es el aumento de la glucosa en la sangre y que se debe a que el páncreas no es capaz de producir la insulina suficiente para regular la glucosa en la sangre.

Cuando se produce una diabetes que no se controla, aparece una hiperglucemia y esta con el paso del tiempo va produciendo daños en nuestro organismo como

pueden ser daños en los nervios, producir ceguera, amputación de un miembro, entre muchas otras cosas.

Es muy importante que un técnico en cuidados de auxiliares de enfermería que va a tratar con pacientes que sufren esta enfermedad de la diabetes, tenga los conocimientos suficientes sobre esta enfermedad conociendo con exactitud y sin lugar a duda los valores normales de la glucemia sabiendo también recomendar al paciente una dieta adecuada y saber actuar en cualquier momento

6 Bibliografía

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

Capítulo 77

TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA NARCOLEPSIA

JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ

FRANCISCA GARCÍA LORENZO

NURIA MARTÍNEZ RAMÓN

MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN

RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ

1 Introducción

Es un trastorno crónico del sueño producido por el sistema nervioso, este produce un sueño profundo y repentino sin poder hacer nada al respecto para mantenernos despiertos y llegando así a limitar las actividades de nuestra vida diaria.

La narcolepsia puede producirse por un nivel bajo de hipocretina, esta es la sustancia que tiene el cerebro para ayudarse a mantenerse despierto.

Esta enfermedad puede ser hereditaria en algunos de los casos, ya que hay genes que predisponen a padecer esta patología de difícil curación, aunque no inviable con un tratamiento adecuado para cada situación.

Esta enfermedad presenta una serie de síntomas, los cuales detallamos a continuación:

La cataplexia; los ataques pueden durar de 30 segundos a 2 minutos, la persona que los está recibiendo no es capaz de controlar sus músculos, llegando a causarle una inmovilización en todo el cuerpo, estando consciente en todo momento de

lo ocurrido. Estas personas se les pueden caer la cabeza, doblarse las rodillas y la caída de la mandíbula inferior, y en casos muy extremos puede llegar a quedarse inmovilizado hasta varios minutos.

Parálisis del sueño; es la imposibilidad de mantenerse despierto, siendo conscientes en todo momento que nos estamos durmiendo y no pudiendo hacer nada para remediarlo. Esta situación puede durar hasta 15 minutos aproximadamente. Alucinaciones; se ven y se escuchan cosas no reales mientras estamos despiertos, muchas veces estando dormidos con imposibilidad de despertarse.

Somnolencia diurna; esto puede presentarse repentinamente en cualquier momento del día, esto puede llegar a ser peligroso, ya que no eres lo suficientemente consciente para evitarlo y pudiendo caerse y llevar un golpe mortal. El momento del día que afecta más a esta situación es después de las comidas

2 Objetivos

El principal objetivo es conocer la enfermedad de narcolepsia para aclarar las dudas a las personas que la padecen y orientarles en las consecuencias que pueden tener.

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

Como referencia se ha buscado mucha información, haciendo hincapié en lo que es la enfermedad en sí y lo difícil que puede llegar a ser vivir con ella o tener a alguien cerca con ese tipo de enfermedad, ya que una vez que padecen el sueño profundo pueden llegar a caerse y recibir un golpe mortal, así que si estás cerca de una persona con un problema como este le tienes que ayudar a echarse incluso en el suelo para que no caiga y se golpee.

Entre las pruebas de diagnóstico que debemos de hacer para descartar el tipo de enfermedad que estamos padeciendo, ya que con la sintomatología que presenta

puede llegar a confundirnos con otras enfermedades o patologías similares, es por ello que con la analítica de sangre se puede tener ya un diagnóstico simple de la enfermedad, complementándolo con otras pruebas como son las de medición de la actividad del cerebro (EEG), del corazón (ECG) y un estudio completo del sueño.

El único tratamiento que le podemos dar a esta enfermedad es:

Evitar bebidas con cafeína y teína (café, té, ...).

No fumar.

Evitar comidas copiosas antes de acostarse que le puedan dificultar el sueño.

Establecer una rutina diaria con horarios de levantarse y acostarse, y en el lugar que vayamos a dormir tiene que mantener un ambiente cómodo, a buena temperatura y totalmente diáfano.

Realizar ejercicios durante el día para así conciliar mejor el sueño.

Estas personas se pueden ver muy acomedidas por este problema, así que lo que debemos de tener en cuenta es que se trata de una enfermedad y hay que ayudarles en todo momento a sobrellevarla y nunca burlarnos de ellos, ya que ellos mismos lo pasan mal.

La narcolepsia tiene diferentes factores, ya que en el nivel 1 la persona puede llegar a hacer vida normal, ya que cuando le va a ocurrir el periodo de sueño empieza a sentirse débil y consciente de ello puede buscar un lugar seguro y cercano para sentarse o recostarse, pero la enfermedad si se encuentra en nivel 2, la persona que la padece no es consciente de que se va a dormir y puede llegar a golpearse bruscamente pudiendo traer problemas mayores.

5 Discusión-Conclusión

Nosotros como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería podemos asesorar a las personas que padecen la enfermedad y cómo actuar en ese momento y que no se avergüencen nunca de ese problema, ya que no deja de ser una enfermedad y lo que tienen es que comunicárselo a amigos o a conocidos con los que acostumbran a relacionarse para que en un momento como ese, que les ayuden a no caerse y sobre todo que no se asusten, ya que estos episodios duran unos minutos, los más largos de nuestras vidas para los que estamos a su alrededor por el susto que se lleva, pero la persona que lo padece no siente nada simplemente un sueño profundo.

Esta enfermedad limita mucho a las personas de modo que limitan la vida diaria como el salir a hacer ejercicio, a dar un paseo en coche, ..., ya que se puede tener

un accidente y hacernos daño incluso llegar a fallecer, ya que la persona no es consciente de cuándo le va a ocurrir ese problema.

Esta enfermedad puede llegar a desaparecer o aminorar los síntomas pudiendo hacer vida normal con el tiempo, pero con cuidado de no confiarnos, ya que después de años puede reaparecer en forma de brotes intermitentes

6 Bibliografía

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<https://medlineplus.gov>

<https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/Narcolepsia.htm>

Capítulo 78

TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA. FUNCIONES QUE REALIZA EN EL PERIOPERATORIO EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELDA PITA LÓPEZ

1 Introducción

Una intervención quirúrgica puede ser un proceso largo y complicado en el que va a influir mucho las circunstancias que tenga en ese momento el paciente. Por muy pequeña que sea ésta, siempre va precedida de algún tipo de reacción emocional por parte del enfermo y/o familia, por ello es muy importante una preparación psicológica, a lo que se le llama psicoprofilaxis preoperatoria, cuya finalidad principal es reducir la ansiedad del paciente ante la intervención.

La mayor parte de los procedimientos quirúrgicos se realizan en el quirófano de un hospital y pueden requerir hospitalización posterior.

Existen también procedimientos de cirugía menor, que se realizan a nivel ambulatorio, con anestesia local y no requieren reanimación postoperatoria.

La cirugía puede clasificarse según su: finalidad, el plazo de tiempo que hay para su realización, la herida operatoria, la zona corporal en la que se va a realizar, el tipo de material quirúrgico que se va a utilizar, etc. A continuación se hace referencia a alguna de ellas.

Una intervención quirúrgica puede clasificarse según la finalidad que persigue con su realización:

- Diagnóstica: determinar la causa de los síntomas (Ej.: extracción de fragmento de tejido para biopsia).
- Ablativa o curativa: extirpar una masa tumoral o un órgano enfermo (Ej.: apéndice inflamado).
- Exploratoria: determinar la extensión de un proceso patológico (Ej.: laparoscopia).
- Reparadora: restaurar funciones o el aspecto de tejidos dañados (Ej.: eliminación de una cicatriz).
- Constructiva: reparar malformaciones, corregir deformidades, mejorar el aspecto (Ej.: labio leporino).
- Paliativa: aliviar los síntomas sin curar la enfermedad (Ej.: gastrostomía).

Otra clasificación es según el tiempo que pasa desde que se decide la operación y se consuma:

- Opcional o electiva: no es imprescindible para la conservación de la salud o para la vida, decidida por el paciente para mejorar su calidad de vida (cirugía plástica, dermatológica).
- Requerida o necesaria: decidida por el médico y necesaria para el paciente, su realización puede ser demorada o aplazada (Ej.: operación de cataratas).
- Urgente: es necesaria en un periodo corto de tiempo. Ayuda a conservar la vida o a restablecer la salud.

La cirugía clasificada según el tipo de herida operatoria:

- Herida limpia: se realiza sin acceder al interior del órgano o del cuerpo que presenta contaminación por microorganismos.
- Herida limpia y contaminada: se realiza accediendo al interior del órgano o del cuerpo que presenta contaminación orgánica y se hace bajo condiciones controladas.
- Herida contaminada: la contaminación se produce durante la intervención quirúrgica pero no hay signos de infección.
- Herida sucia: la intervención quirúrgica se realiza en una zona del cuerpo u órgano con infección.

Se conoce con el nombre de perioperatorio, al tiempo que transcurre desde que un paciente va a ser intervenido, se prepara la intervención, se realiza la misma y hasta que es dado de alta en el hospital.

En el perioperatorio se distinguen tres fases:

- Preoperatorio: es la fase que antecede a la intervención. Comienza con la decisión de realizar la operación, la preparación del paciente y finaliza cuando es colocado en la mesa de operaciones.
- Transoperatorio/intraoperatorio u operatoria: es la que comprende el tiempo que transcurre desde que el paciente es colocado en la mesa de operaciones hasta que abandona el quirófano.
- Postoperatorio: es la fase que va después de la intervención. Comienza con el traslado del paciente a la sala de reanimación y finaliza con el alta del paciente.

2 Objetivos

- Conocer lo que comprende cada una de las fases de una intervención quirúrgica, por las que tiene que pasar el paciente desde que se decide la operación, sea voluntaria o necesaria.
- Tener claras las funciones que desarrolla el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en todo el perioperatorio.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda selectiva de la literatura científica existente sobre todo lo que engloba la terapéutica quirúrgica. Para ello se utilizó la metodología de revisión bibliográfica y así poder obtener toda la información necesaria, destacada e importante para una vez analizada exponer los resultados obtenidos en el campo de estudio.

La revisión bibliográfica se realizó utilizando palabras clave como: qué comprende el perioperatorio, terapéutica quirúrgica, funciones TCAE en perioperatorio. La búsqueda se llevó a cabo consultando libros así como artículos publicados hallados en las siguientes bases de datos: Escola d'Oficis Catalunya (EOC), revista médica Ocronos.

4 Resultados

CUIDADOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO Y EL IMPORTANTE PAPEL QUE REPRESENTA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

La asistencia perioperatoria incluye los cuidados necesarios para la atención integral del paciente quirúrgico.

1ª FASE: CUIDADOS PREOPERATORIOS

1- Valoración Preoperatoria.

A- Valoración Física.

- Exploración física: activades (inspección, palpación, auscultación y preguntas), examen sistemático (datos antropométricos, sistema cardiovascular, aparato digestivo, etc.).
- Estudio preoperatorio del paciente: análisis de sangre, electrocardiograma, radiografía de tórax, etc.

B- Valoración psicológica.

Mediante la observación y la comunicación (entrevista), se valora en el paciente la ansiedad, el temor, la incertidumbre, etc.

C- Valoración del riesgo quirúrgico.

- Actividades: anamnesis, exploración física, valoración psicológica y estudio preoperatorio.
- Factores que aumentan el riesgo:
- Edad: mayor riesgo en niños y ancianos.
- Problemas de salud.
- Farmacoterapia: anticoagulantes, antibióticos, y otros fármacos pueden interferir con los anestésicos.

2- Preparación Preoperatoria.

A- Preparación psicológica.

Preparación necesaria tanto del paciente como de sus familiares o personas relacionadas con él, sobre todo cuando éstos suponen un recurso y un apoyo.

Cierto grado de ansiedad es una respuesta normal ante una intervención quirúrgica. Esta reacción responde generalmente al miedo a la muerte, a la anestesia, al desconocimiento, etc.

Al Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es uno de los profesionales sanitarios a los que le corresponde ayudar al enfermo, procurando que se encuentre tranquilo, relajado y que tenga confianza en el equipo quirúrgico que le va a intervenir.

Aspectos que ayudan a mejorar la situación psicoemocional del paciente:

- La información que se facilita al paciente y familiares, la cual debe ser adecuada a sus necesidades o demandas y adaptada a su nivel de comprensión.
- La actitud del profesional sanitario, ha de respetar en todo momento al paciente como persona con características propias. La actitud del personal debe ser tolerante, comprensiva y de escucha.
- Actividades de distracción, adaptándolas a los intereses y preferencias del paciente.
- Atención espiritual, mecanismo de refuerzo muy importante en personas religiosas.

B- Obtención del consentimiento informado.

Para que el cirujano pueda operar, se necesita que obtenga la autorización con conocimiento del paciente de forma voluntaria.

El encargado de informar al paciente es el médico especialista que le asiste y ésta debe darse tanto de forma escrita como oral con un lenguaje adaptado a su edad, su nivel de comprensión y su nivel cultural.

La información debe ser lo más completa posible y siempre ha de incluir el diagnóstico, las posibilidades de tratamiento y pronóstico, así como el nombre del procedimiento a realizar, su objetivo y la forma de realizarlo y muy importante de los beneficios de la intervención, de sus consecuencias y riesgos posibles.

Hay excepciones para la obtención del consentimiento informado:

- Cuando la intervención no suponga un riesgo para la comunidad.
 - Cuando la patología sea urgente y no se pueda demorar.
 - Cuando exista una orden judicial.
 - Cuando el paciente no tenga capacidad mental o física para tomar sus propias decisiones, en ese caso lo hará la familia o representante legal.
- C- Preparación física. a- Preparación mediata, suele realizarse en la consulta médica, hasta el día previo al ingreso hospitalario:
- Cuidados de en los que juega papel importante el TCAE: establecer relación de ayuda, observar al paciente, colaborar en la realización de pruebas diagnósticas, atender la nutrición e hidratación, preparar la piel, etc.
 - Educación sanitaria: la finalidad es preventiva. En ella es fundamental las funciones que desarrolla el TCAE y comprende: preparación psicológica, cambios posturales, movilizaciones, deambulación precoz (prevención antiembólica), ejercicios de respiración profunda y de expectoración.
- b- Preparación inmediata, se realiza el día de la intervención.
- Rasurado de la zona, si se precisa y está indicado.

- Aplicar enema de limpieza antes de la operación, generalmente sólo en caso de que ésta sea del tubo digestivo y de las regiones pelviana, perineal o perianal, con el fin de evacuar el intestino.
- Dieta absoluta o ayunas, desde al menos 8-10 horas antes de la intervención.
- Toma y registro de signos vitales.
- Retirada de objetos de su cuerpo: prótesis, joyas, etc.
- Eliminación de maquillaje y laca de uñas.
- Administrar fármacos indicados.
- Traslado al quirófano en su cama o camilla junto con su historia clínica.

2ª FASE: PROCESO QUIRÚRGICO. CUIDADOS INTRAOPERATORIOS

Para intervenir durante el proceso quirúrgico es necesaria la asepsia quirúrgica, por lo que en los accesos del área quirúrgica hay equipos (pijamas, zuecos, batas, gorros, mascarillas, etc.) para el cambio de vestuario que debe hacer el personal sanitario tanto al entrar como al salir de ella.

En dicha área existe una señalización, tanto vertical como horizontal, que informa de las normas de circulación del personal.

El bloque quirúrgico, atendiendo a las normas de asepsia y antisepsia, se divide en varias áreas con diferentes restricciones en cuanto a la circulación de personal, enfermos y material:

- Área de intercambio, aquí se encuentran el área de recepción de pacientes, los despachos, los vestuarios, la sala de estar del personal, los almacenes (para guardar el material quirúrgico, aparatos, camillas, farmacia, etc.).
- Área limpia, en ella es necesario el uso de gorro y calzas, pertenece al pasillo limpio y al almacén de material estéril.
- Área estéril, aquí será necesario el uso de gorro, calzas y mascarilla. Está formada por los quirófanos, la zona del lavado quirúrgico y las áreas de preparación del instrumental estéril.
- Área sucia, también llamada zona séptica, es adyacente al quirófano o pasillo de circulación, por ella se va eliminando todo el material sucio procedente de la intervención,
- El antequirófano, sala o dependencia anexa al quirófano, dónde se proporciona atención y asistencia al paciente, así como los cuidados que requiera antes de ser operado.
- La sala de reanimación, en ella se recibe a los pacientes una vez practicada la intervención quirúrgica, dándoles los cuidados hasta que se recupere y estén en condiciones para su traslado a la planta de hospitalización que corresponda.

- Zona sin limitaciones de acceso, está a la entrada del bloque quirúrgico y va desde la puerta que delimita el principio de esta zona hasta los vestuarios y zona de recepción de pacientes. Se puede acceder a ella con ropa de calle o con un uniforme normal.
- Zonas semilimitadas, en ellas se requiere uso de uniforme aséptico de dos piezas, zuecos quirúrgicos o en su defecto calzas que cubran los zuecos, gorro.
- Zonas limitadas, aquí además de todo lo requerido en las semilimitadas, es obligatorio el uso de mascarilla.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares en Enfermería destinados en quirófano tienen acceso permitido a todas sus áreas por ello deben conocer las prendas que tienen que llevar en cada momento.

Con el fin de evitar infecciones postoperatorias en los pacientes, además de las normas de vestuario y circulación, en el quirófano se extreman las condiciones de limpieza, desinfección y esterilización de paredes, suelos, equipos, objetos, instrumental médico-quirúrgico, etc.

El equipo quirúrgico puede dividirse en dos categorías básicas: miembros lavados estériles (cirujano, ayudantes del cirujano, enfermera instrumentista) y miembros no estériles (anestesta, enfermera circulante, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, otros como perfusionistas/enfermera de apoyo al anestesta, etc.).

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, como parte importante del equipo quirúrgico, realiza importantes tareas como la preparación del quirófano previamente a la intervención, su recogida después de ésta y tareas de mantenimiento para que esté en condiciones óptimas en todo momento, así todo el equipo llevará a cabo sus funciones con toda seguridad, para que el paciente esté protegido y seguro y evitar complicaciones durante todo el proceso asistencial. El TCAE durante la intervención permanece en el almacén de material estéril y entregará a la enfermera circulante lo que ésta le solicite. Otras tareas que realizará en quirófano el TCAE son las siguientes: limpieza, clasificación, reposición, desinfección y esterilización del material.

Una vez identificado el paciente a intervenir y comprobado el protocolo preoperatorio, se coloca, sin ropa, sobre la camilla o mesa quirúrgica en la posición apropiada; se administra la anestesia, si es general a continuación se le intuba (tipos de anestesia: general por inhalación, general endovenosa con barbitúricos, raquianestesia, epidural, bloqueo de nervios periféricos, por infiltración local);

se desinfecta ampliamente la zona, en una superficie cutánea más extensa que la que quedará expuesta.

Los elementos más habituales en la sala de operaciones son:

- Mesa quirúrgica o mesa de operaciones.
- Arco de anestesia.
- Lámpara quirúrgica o escialítica.
- Lámparas supletorias.
- Aparato de anestesia.
- Sistema de aspiración.
- Mesa de instrumentación.
- Mesa auxiliar.
- Escabel, especie de taburete o banqueta sin respaldo.
- Armarios.
- Negatoscopio.
- Bisturí eléctrico.
- Carro de parada.
- Aparatos de RX portátiles.
- Instrumental: tijeras de Mayo, bisturís, pinzas de Kocher, pinas de Pean, agujas de sutura, hilo de sutura, portaagujas, separadores, valvas, etc.

3ª FASE: CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Son los cuidados que corresponden al periodo posterior a la intervención quirúrgica. En esta fase se diferencian dos etapas: postoperatorio inmediato y postoperatorio mediato, continuado o tardío.

- Postoperatorio inmediato.

Comienza desde el mismo momento en que finaliza la intervención. Los cuidados de enfermería se centran en el restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, la prevención del dolor y de complicaciones.

Una vez finalizada la operación, el enfermo se traslada a la sala de recuperación. En dicha sala se observa el estado de consciencia que presenta, se inspecciona el apósito, si tiene drenajes asegurarse de que no están pinzados o acodados, así como anotar la cantidad y tipo de líquido que contengan, se monitoriza al paciente, etc.

Una vez realizadas las primeras observaciones e inspecciones, se da entrada en el libro de ingresos de pacientes en la sala.

El paciente va a permanecer en esta sala hasta que se recupere de la anestesia, sus constantes se hayan estabilizado, se encuentre consciente, etc.

- Postoperatorio mediato, continuado o tardío.

En esta etapa el enfermo suele hacer preguntas por medio de las cuales se puede conocer su estado de ánimo, sentimientos, etc. El TCAE deberá animarle y tranquilizarle, respondiendo sólo a aquellas preguntas para las que esté capacitado.

El paciente recuperará su estado normal y logrará el nivel funcional que sea capaz, se previene y trata el dolor, se controlan las complicaciones. Esta etapa puede durar varios meses.

Funciones del TCAE una vez que el enfermo se encuentra en su habitación:

- Realizar cambios posturales con frecuencia (cada dos horas), si no hay contraindicación.
- Cambiar la ropa de la cama y del paciente siempre que sea necesario.
- Tomar la temperatura.
- Administrar la dieta prescrita, la dieta en un principio es absoluta (se puede dar pequeños sorbos o mojar los labios si lo permite la orden médica), una vez esté indicado y pautado por el facultativo responsable se comienza con la tolerancia.
- Estimular y observar la ingesta. Ayudar al enfermo a regular funciones de eliminación: micción (con control de diuresis) y defecación (si aparece estreñimiento se pone en conocimiento del médico para que determine si es necesario un enema de limpieza, el TCAE lleva el control de las deposiciones).
- Ayudar al paciente en la deambulación temprana (acompañándole y prestándole apoyo físico y moral) siempre que sea posible y esté pautado por el facultativo, pasadas las veinticuatro horas de la intervención se permite la deambulación.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el Técnico en Cuidados de Enfermería tenga conocimientos de todas las fases que comprende el perioperatorio así como de las situaciones por las que puede pasar un paciente desde que decide operarse (en el caso de que sea voluntaria la intervención) o deba someterse a ella por ser necesaria (para la conservación de su salud o de su vida), ya que así puede desarrollar sus funciones de la mejor manera y con la máxima seguridad tanto para el paciente como para sí mismo.

Si el TCAE tiene nociones en profundidad de todo lo arriba mencionado, puede

asistir al paciente en los cambios emocionales que éste pueda sufrir por la intervención quirúrgica a la que se va a someter, en todos los cuidados que necesite; así como realizar su trabajo con rigurosidad, fiabilidad y cumpliendo lo más fundamental que es la asepsia en todo el procedimiento para evitar posibles infecciones futuras.

6 Bibliografía

1. Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería respecto al paciente quirúrgico en el proceso perioperatorio [Internet] [citado el 04 de Agosto de 2020]. Disponible en : <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-perioperatorio/>.
2. Tipos de cirugías y su clasificación [Internet] [citado el 22 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://eoc.cat/tipos-de-cirugias-clasificacion/>.
3. Auxiliar de Enfermería del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Temario Parte Específica, Volumen 1. 7 Editores Recursos para la Cualificación Profesional y el Empleo, S.L.L. (7 Editores). Primera edición, Agosto 2018.
4. Técnicas Básicas de Enfermería. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. E. 2008.

Capítulo 79

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTES QUEMADOS

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO

CARMEN MARTIN ORTIZ

JOSEFA MILAN ANAYA

OLGA VIECO DE LAS HERAS

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define que las quemaduras son lesiones en la piel ocasionadas por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con otros productos químicos.

Las quemaduras representan uno de los accidentes más frecuentes en los hospitales y centros de salud. Las primeras acciones sobre la quemadura son cruciales, por eso es fundamental que el auxiliar de enfermería sepa cómo actuar en cada caso y aplicar el tratamiento correspondiente.

La unidad de quemados es un dispositivo que está especializado y que se encuentra integrado dentro de los centros hospitalarios, que está dotado con recursos tanto materiales ,como humanos, que son necesarios para prestar la atención adecuada a este tipo de pacientes .

El cuidado del paciente con quemaduras es y seguirá siendo un reto para el Auxiliar de Enfermería, por la ansiedad que presenta el paciente ante el dolor, la deformidad y la limitación de la movilidad, así como por la inseguridad para reintegrarse a sus actividades cotidianas y ante la posibilidad existente al rechazo. En el tratamiento de urgencia del paciente quemado el auxiliar de enfermería debe, desde un primer momento, dejar a un lado la quemadura y constatar el estado general del paciente. Luego, debe valorar la quemadura en función de la fuente de calor recibida, la intensidad, la extensión, el tiempo de exposición y la edad del paciente.

2 Objetivos

Identificar el proceso de actuación ante una quemadura, dependiendo de la zona afectada, el grado y la extensión.

Describir cómo actuar ante personas con quemaduras especiales, valorando los tipos de cuidados que necesita.

Conocer a grandes rasgos la histología anatómica.

Aprender la etiología de las quemaduras y sus distintas formas de clasificación.

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 “funciones auxiliar enfermería con paciente quemados”.

4 Resultados

De acuerdo a la gravedad de los agentes causantes, las quemaduras pueden producir tanto una leve afectación superficial de la piel como la destrucción total del tejido. Por eso desde un primer momento es importante valorar la gravedad y proceder con el tratamiento más indicado. En el curso de Auxiliar de Enfermería los alumnos aprenden a reconocer y tratar los diferentes tipos de quemaduras que existen:

- Quemaduras de Primer Grado: en este tipo de quemaduras sólo afecta a la capa más superficial de la piel. Generalmente las quemaduras de primer grado se car-

acterizan por el enrojecimiento y duele al contacto, como por ejemplo las quemaduras provocadas por la exposición prolongada al sol sin protector.

- Quemaduras de Segundo Grado: en este tipo de quemaduras son un poco más profundas que las de primer grado y se caracteriza principalmente por las ampollas en la piel. En este tipo de quemaduras, las ampollas constituyen un sistema de defensa ya que evitan las infecciones y mediante su líquido hidratan la herida y facilitan el proceso de cicatrización.

- Quemaduras de Tercer Grado: cuando la persona sufre este tipo de quemaduras es probable que haya tejido carbonizado. En las quemaduras de tercer grado las terminaciones nerviosas encargadas de transmitir el dolor quedan destruidas, con lo cual el paciente no sufre dolor.

Sea cual sea el grado de la quemadura es importante recordar que están pueden generar serios problemas y riesgos para la salud del paciente, es fundamental que se analice no sólo el grado de la quemadura sino también la superficie del cuerpo lesionada a fin de determinar los cuidados que se requieren en cada situación. En una situación de emergencia donde la persona se ve implicada por fuego resultando afectada por quemaduras, los cuidados inmediatos se hacen imprescindibles para su supervivencia, puesto la valoración de su estado físico en relación a la vía aérea es imprescindible. En estas circunstancias, el mantenimiento de una buena ventilación para obtener una adecuada saturación de oxígeno es fundamental y en algunos casos determina su supervivencia posterior.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería deberá conocer y estar preparado para identificar las necesidades del paciente quemado, fijar prioridades y saber actuar según la gravedad de las mismas y las necesidades de dichos pacientes.

Los accidentes que causan quemaduras tienen un porcentaje importante de muertes al año. Cuando dicha lesión requiere asistencia sanitaria, el máximo exponente son los procesos tiempo- dependientes, puesto que una atención precoz y adecuada del paciente quemado condiciona su pronóstico.

El cuidado brindado por el auxiliar de enfermería forma oportuna disminuirá notablemente las complicaciones y asegurará su pronta recuperación del paciente. Para un perfecto cuidado de la salud, el auxiliar de enfermería, debe identificar las necesidades de salud, fijar las prioridades y realizar una planificación garantizando el bienestar y la calidad de vida, debe estar perfectamente formado para atender a pacientes con quemaduras y saber actuar según las necesidades de cada paciente.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.daeformacion.com
- www.auxiliar-enfermeria.com
- Pubmed
- <http://ap-formacion.es/wp-content/uploads/2015/12/TCAE-en-la-Unidad-de-Quemados.pdf>
- <https://www.educativo.net/articulos/el-rol-del-auxiliar-de-enfermeria-en-la-unidad-de-quemados-874.html>

Capítulo 80

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO

CARMEN MARTIN ORTIZ

JOSEFA MILAN ANAYA

OLGA VIECO DE LAS HERAS

1 Introducción

El término Burnout se refiere al tipo de estrés laboral e institucional generada entre profesionales que mantienen una constante relación con otras personas (técnicos, auxiliares, celadores, médicos...) y su origen se basa en la respuesta que cada profesional tenga ante una situación de crisis. El estrés laboral está considerado el segundo problema de salud laboral más frecuente de Europa, se estima que entre un 50% de los días que se pierden en el trabajo es por estrés. Entre las diversas conceptualizaciones, la más utilizada y operativa ha sido la de Maslach y Jackson mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que se caracteriza por el Síndrome por agotamiento emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo. Este síndrome se ha visto incrementado tras la pandemia mundial de la covid-19, ya que ha supuesto una sobrecarga laboral.

Los tres factores del Síndrome tienden a presentarse especialmente entre técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y profesionales que trabajan asistencialmente con personas.

Estas variables del Burnout se dividen en tres categorías:

- Organizacionales: como dinámica del trabajo, turnos de trabajo, inadecuación profesional, sobrecarga de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, desafío en el trabajo, etc.
- Sociales: en comunicación, cultura, problemas familiares, etc.
- Personales: tales como sexo, edad, autoeficacia, estado civil, estrategias de afrontamiento, etc.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es describir síntomas precoces del Síndrome Burnout y conocer el beneficio del control de las emociones sobre el Síndrome Burnout.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre una parte de la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como: Medline y Scielo y el principal buscador google.

4 Resultados

En el desgaste profesional de los auxiliares de enfermería, cobra especial importancia el tiempo dedicado, al sueño y al ocio.

-Respecto al sueño, diversos estudios coinciden en destacar el riesgo que supone la de privación del mismo para la salud del profesional, para su desgaste emocional, para el incremento del riesgo de accidentes laborales y para la calidad del trabajo asistencial y del trato a los pacientes.

Las investigaciones sobre estrés médico y tiempo de sueño establecen una relación inversa entre horas trabajadas y horas de sueño, señalando el trabajo como la principal causa de la de privación. Pero no sólo importa la cantidad de horas de sueño, si no la calidad del mismo también parece guardar relación con aspectos laborales.

-Respeto al ocio, Da Silva Sobral y cols., señalan que el tiempo de ocio está relacionado con el grado de desgaste profesional y con el estado de salud general de los auxiliares de enfermería, de esta forma los profesionales que disfrutan de más de cuatro horas y menos de dos horas de ocio al día sufren un mayor nivel de despersonalización. En ocasiones, este tiempo también se ve delimitado por el difícil equilibrio entre las actividades domésticas y el trabajo asistencial.

Los síntomas del síndrome de burnout en los auxiliares de enfermería son los siguientes: sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia, baja autoestima, poca realización personal, estado permanente de nerviosismo, dificultad para concentrarse, comportamientos agresivos, dolor de cabeza, insomnio, absentismo laboral, taquicardia, bajo rendimiento, aburrimiento y comunicación deficiente.

En la actualidad y debido al COVID-19 el síndrome de burnout se ha incrementado en todo el personal sanitario y no sanitario de los centros hospitalarios, pero sobre todo en los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la elevada sobrecarga de trabajo relacionada con la covid-19, en las cuales el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel fundamental, se ve un aumento del nivel de estrés y la aparición de este síndrome.

Además, la frustración puede provocar estados de agotamiento de los auxiliares de enfermería continuos, provocando bajas laborales por depresión, consumo de fármacos ansiolíticos y antidepresivos o incluso ideas suicidas.

Por tanto, se debe luchar contra este tipo de síndrome a través de tratamientos como: aprender a soportar el estrés con técnicas de relajación, mejorar la autoestima de los auxiliares de enfermería y la promoción de unos hábitos más saludables.

6 Bibliografía

www.scielo.org

Síndrome de burnout: síntomas, prevención y tratamiento (marca.com).

Capítulo 81

EL PERSONAL TECNICO EN CUIDADES AUXILIARES DE ENFERMERIA EN PRIMEROS AUXILIOS

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO

CARMEN MARTIN ORTIZ

JOSEFA MILAN ANAYA

OLGA VIECO DE LAS HERAS

1 Introducción

Definimos primeros auxilios como aquellas medidas o actuaciones que se realizan a una persona en el mismo lugar donde ocurre el accidente, hasta la llegada del personal especializado.

Se define accidente como “toda lesión corporal que se deriva de una acción violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad de la persona”. El accidente se presenta de forma inesperada y puede desencadenar la muerte y dañar la salud de una persona.

La mejor forma de prevenir el accidente es previniendo todas las situaciones que puedan desencadenarlo, y poner todos los medios humanos y materiales que son necesarios para la intervención en el lugar del accidente.

Los primeros auxilios que se prestan en el lugar del accidente responden al sentido común y sobre todo se debe mantener la calma y la serenidad. Es mejor no hacer nada si no se sabe, que hacerlo mal.

Existen muchos primeros auxilios que debemos conocer, pero en este capítulo hablaremos más concretamente de la conducta PAS (Proteger, Alertar y Socorrer).

Ante un accidente múltiple, el personal tiene que tener presente las prioridades en los primeros auxilios, para decidir cuando haya varias víctimas. De esta actuación va a depender la evolución de la persona.

Estas medidas no requieren conocimientos profundos, ni instrumental médico, sino sencillos conocimientos y tomar la decisión de llevarlos a cabo.

Cabe recordar que una vez que se inicien los cuidados no puede dejar de prestarse ayuda hasta que lleguen las personas con conocimiento.

2 Objetivos

Dar a conocer la definición de primeros auxilios y accidente y las funciones del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de Pubmed y Medline.

4 Resultados

Dentro de las funciones básicas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería son la rápida actuación y conocimientos de primeros auxilios.

Las principales funciones y objetivos que tiene el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería son:

- Deberá conocer exactamente donde se colocan los apósitos adecuados para poder realizar una actuación rápida sobre una RCP con desfibrilador, y saber colocar los apósitos y poder conectar el DESA para que ya nos indique que instrucciones se deben seguir ante esta urgencia sanitaria.
- Formarlos para poder abordar cualquier imprevisto que pueda surgir ante una parada cardíaca, un golpe o un desvanecimiento.

-Se deberá elegir un líder del equipo que este perfectamente preparado para atender y poder gestionar un posible triaje en casos extremos de que surja una catástrofe.

Los principios básicos de primeros auxilios se resumen con las siglas PAS:

P de proteger: debemos proteger al accidentado y a nosotros mismos. Debemos tener la seguridad de que tanto el accidentado como nosotros no estamos en peligro. Por ejemplo, en un accidente de tráfico debemos señalar de manera adecuada para que no se produzca otro accidente por encontrarnos en medio de la vía.

A de avisar: siempre debemos dar aviso a los servicios sanitarios de emergencia, explicar con detalle el lugar del accidente, el estado de las víctimas, el número que hay de accidentados y seguir los pasos que los profesionales nos indiquen. El número de emergencias en España es el 112.

S de socorrer: una vez estamos protegidos y hemos avisado a las autoridades, procederemos a actuar sobre el accidentado. Debemos reconocer sus signos vitales, la conciencia, la respiración y el pulso (siempre este orden). Unas simples preguntas o moverlo de los hombros bastarían para comprobar si el accidentado está consciente.

5 Discusión-Conclusión

Los primeros auxilios son aquellas medidas de actuación que se realizan en el mismo lugar del accidente. En el lugar del accidente se debe seguir una secuencia de acciones para poder poner en marcha los primeros auxilios, hablamos más concretamente de la conducta PAS (Proteger, Alertar y Socorrer). Si en el accidente hay varias personas implicadas, valorar cuál de ellas corre más riesgo su vida.

Es imprescindible que exista Formación continuada en primeros auxilios básicos en el ámbito laboral de la unidad por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, simulacros que involucren muchos casos básicos de nuevo en el que puedan reaccionar y estar preparados para que cada trabajador ejecute que función debe ejercer en ese simulacro.

6 Bibliografía

www.medline.com

<https://revistamedica.com/pas-tcae/>

Ministerio de Sanidad y Política Social. Desfibrilación semi- automática en España. (2013). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2007

Capítulo 82

EDUCACION SANITARIA POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA EXPLICAR DERECHOS DEL CUIDADOR ESCALA DE ZARIT

RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ

VERONICA NUÑEZ GIL

ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS

MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ

ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO

1 Introducción

El tema de el cuidador es algo que en la actualidad en muchos domicilios es muy frecuente, generalmente es una mujer familiar de este paciente el que se encarga del cuidado.

El cuidador se puede definir como la persona que se encarga del cuidado de otra persona, de un animal o un lugar en general.

Se puede hablar de cuidador formal o cuidador informal. Los podemos definir como cuidador formal: Es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al enfermo y que cobran una remuneración por hacerlo.

cuidador informal: Son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención al enfermo.

Los cuidados que puede llegar a ofrecer el cuidador a su familiar pueden ser a nivel :

- Físico el paciente pierde su autonomía y es dependiente, no es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Psicológico en este caso la paciente pierde su nivel de razonamiento por algunas enfermedades como alzheimer, deterioro cognitivo etc.
- También pueden aparecer en algunas ocasiones que el paciente solo tiene un déficit auditivo , sensorial. En este caso el cuidador solo será observador y ayudará en algunas actividades no en todas.

2 Objetivos

- Describir que tipo de educación sanitaria puede realizar el TCAE para poder explicar los derechos puede tener el cuidador tanto formal como informal.

3 Metodología

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

Se incluyen textos y/o artículos en los que nos enseñan que tipo de derechos pueden conocer por el TCAE el cuidador al que pueden optar.

Palabras clave: cuidados, derechos, cuidador, Zarit, escala

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido encontrar artículos en los que nos explican que tipo de derechos puede tener el cuidador tanto el cuidador informal como el formal , por parte de la educación sanitaria del TCAE.
- El TCAE deberá realizar una entrevista con el cuidador en el que recopilará toda la información acerca de su familiar al que estan prestando cuidados, como sobre su vida anterior .
- El TCAE tras recoger todos los datos ejercerá una educación sanitaria con los derechos que puede optar el cuidador. Para evaluar estos datos empleara la escala

de Zarit o escala de sobrecarga del cuidador, en ella hay ítems que nos indica que tipo de estrés o depresión, e incluso en que etapa se encuentra el cuidador.

- El cuidador debe conocer que debe cuidarse a sí mismo, y esto no es un acto de egoísmo. Hacerlo le ayudará a cuidar mejor al ser querido.
- El TCAE debe comentar a el cuidador que puede buscar ayuda en otras personas pese a que el familiar no quiera o ponga trabas. El cuidador conoce cuáles son sus límites respecto a su nivel de energía y fuerza.
- El TCAE ayudara a el cuidador a mantener aspectos de su vida que no incluyan a la persona que cuida, de la misma forma que haría si él o ella estuviera bien.
- El TCAE ayudara a el cuidador a expresar sus emociones afirmando que puede tener la opción de enfadarse, estar deprimido y expresar ocasionalmente sentimientos negativos.
- Rechazar cualquier intento de manipulación por parte del ser querido a través de sentimientos de culpa, enfado o depresión.
- Recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por todo lo que hace para su familiar, a la vez que él ofrece lo mismo a cambio.

5 Discusión-Conclusión

El cuidador en muchas ocasiones no llega a conocer ningún derecho de los que se ha podido nombrar en nuestros resultados. Entonces ocurre lo que casi siempre suele suceder como por ejemplo que el cuidador empieza con depresión , ansiedad y en ocasiones termina con una claudicación familiar. Esto ultimo sucede cuando es solo esta persona la que se encuentra 24 horas con el paciente, termina con un desgaste físico, psicológico.

El TCAE empleara ese cuestionario para poder conocer todos los aspectos que rodean tanto al cuidador como al paciente, y con todos los datos ayudara a estos todo lo que esté a su alcance.

6 Bibliografía

- AMÍREZ Llaras, Anna [et al.].Cuidem els cuidadors informals: material auto-didàctic. Barcelona, ICS, 1997. 114 p. il.; 30 cm. (Guía práctica para formar a los cuidadores). ISBN 84-89506-21-3.Cuidadores informales; Docencia 614.253.6 CUI.
- CRESPO; López. «Els drets del cuidador». En: El estrés en cuidadores de mayores dependientes, 2007.
- Entrevista sobre la carga del cuidador. • Zarit y Zarit, 1982.

Capítulo 83

CONOCIMIENTOS Y CUIDADOS BÁSICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A UN PACIENTE CON DIARREA

RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ

VERONICA NUÑEZ GIL

ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS

MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ

ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO

1 Introducción

El paciente que presenta una diarrea puede ser de forma temporal, puntual o por padecer una patología. Es un síntoma muy frecuente en patologías a nivel digestivo.

Podemos definir la diarrea como : La diarrea es la evacuación intestinal de heces flojas y líquidas tres o más veces al día. La diarrea puede ser aguda, persistente o crónica. La diarrea aguda es más común que la diarrea persistente o crónica. La deshidratación y la malabsorción pueden ser complicaciones de la diarrea. La

diarrea crónica es la que surge mas de 7 dias en el cual el paciente debe de ir al médico para intentar conocer cual es la causa de esta diarrea.

Algunas patologías que pueden tener como sintomatología principal la diarrea puede ser :

- La colitis ulcerosa es una enfermedad intestinal inflamatoria que provoca inflamación y úlceras (llagas) en el tracto digestivo. La colitis ulcerosa afecta el revestimiento más profundo del intestino grueso (colon) y el recto.
- También otra enfermedad la cual tiene como síntoma la diarrea puede ser el Crohn que se puede definir como Es una afección por la cual resultan inflamadas partes del tubo digestivo. Casi siempre compromete el extremo inferior del intestino delgado y el comienzo del intestino grueso. También puede ocurrir en cualquier parte del tubo digestivo desde la boca hasta el extremo del recto (ano).

2 Objetivos

- Describir que tipo de cuidados puede realizar u ofrecer el TCAE a un paciente con un síntoma frecuente como es la diarrea.

3 Metodología

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

Se incluyen textos y/o artículos en los que nos instruye como son los cuidados que debe ofrecer el TCAE a un paciente con diarrea.

Palabras clave: cuidados, diarrea, patología, hidratación .

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos incluido y documentado que tipo de cuidados van a ser los que necesita y puede ofrecer el TCAE a un paciente con una diarrea.
- El TCAE lo primero que debe conocer es si la diarrea es a consecuencia de una patología que padece este paciente o es un momento puntual.
- El TCAE realizara una entrevista en la cual indagara en que tipo de alimentos ha consumido en las últimas 24 horas por si lo que le está sucediendo es una diarrea infecciosa, por salmonela etc. .Si ha ingerido algún fármaco nuevo, si ha

realizado algo fuera de lo habitual en su vida del día a día. Es importante recoger una muestra para ver si es un virus la diarrea.

- En los cuidados básicos que debe ofrecer el TCAE es la rehidratación del paciente, tanto a nivel oral como en casos graves que enfermería tendrá que canalizar una vía periférica y colocar un suero para hidratar al paciente antes de que acontezca algo más grave. Es decir el TCAE tendrá que revertir una deshidratación que ha ocurrido por la diarrea.
- En un primer momento el TCAE aconsejara al paciente que no ingiera alimentos durante las próximas 24 horas para dejar en reposo el aparato digestivo.
- En el momento que comience a tolerar alimentos se le aconsejara que tolere con líquidos para ver si su cuerpo está preparado para comenzar a ingerir alimentos.
- El facultativo podrá recetar probióticos para que su cuerpo se empiece a preparar para recibir estos alimentos .
- También puede en casos graves ingerir medicación para finalizar la diarrea.
- Aquí entra también a formar parte el consejo de lavado de manos habituales para evitar la propagación de microbios.

5 Discusión-Conclusión

Generalmente como se ha podido observar la diarrea es a consecuencia de algo puntual vírico , salvo que el paciente ya posea alguna de las patologías que se comentaron más frecuentes pues hay muchas más.

El TCAE ayudara al paciente en la hidratación ,aseo y por supuesto el lavado de manos para evitar como se ha descrito la propagación vírica de este síntoma.

Generalmente si la diarrea es de forma temporal como se ha comentado dura 3 días en caso contrario habrá que buscar porque está sucediendo.

Es un tema muy conocido debido a sus múltiples patologías en las que puede ser incluso el síntoma principal.

6 Bibliografía

- Freijoso Santiesteban E., Cires Pujol M.M, Silvia Herrera L., Delgado Martínez I., Riverón Corteguera R., Ramírez M. Guía para la práctica clínica de las enfermedades diarreicas agudas. Revista Cubana de Medicina General Integral. Scielo; 2003.
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Enfermedades Diarreicas. 2013.

- Román Riechmann E., Barrio Torr s J., López Rodríguez M J. Diarrea Aguda. Protocolos Diagnóstico-terapéutico De Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Asociación Española de Pediatría;11-20.

Capítulo 84

ASMA PEDIÁTRICO CONOCIMIENTOS Y ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ

VERONICA NUÑEZ GIL

ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS

MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ

ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO

1 Introducción

El asma suele debutar en la niñez suele tener síntomas claros de que esta pade-
ciendo una enfermedad pulmonar o respiratoria.

El asma puede ser definido como 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
hiperreactividad bronquial y una obstrucción variable del flujo aéreo, total o par-
cialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente. A
nivel clínico podemos observar al paciente con disnea, sibilancias a la hora de
respirar y posible opresión en el pecho.

La sintomatología que va a padecer el niño con asma es disnea, por lo que se va a sentir cansado , triste de no poder correr , pues siente que se ahoga.

En el niño se definen dos patrones principales: asma episódica y asma persistente. El asma episódica puede ser ocasional o frecuente, dependiendo del número de crisis que presente. La mayoría de los niños pequeños tienen asma exclusivamente durante las infecciones virales y, por tanto, pueden tener un asma moderada o grave durante el invierno y estar asintomáticos durante la primavera y verano. El asma persistente en el niño no puede considerarse como leve, sino que al menos es moderada o grave.

2 Objetivos

- Conocer y administrar los cuidados por el TCAE ante un paciente con asma persistente pediátrico, que acaba de ser diagnosticado.

3 Metodología

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

Se incluyen textos y/o artículos en los que nos explican que tipo de tratamiento será el adecuado a un niño con asma.

Palabras clave: asma, niño, inhaladores, bronquios.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido encontrar e incluir artículos en los que nos aporta información sobre el asma pediátrico y que cuidados podrá realizar el TCAE.
- En un primer momento se debe de conocer por parte del TCAE y resto de equipo multidisciplinar que aquí entra con mucha fuerza por el apoyo de la familia sobre que conocimientos tienen acerca de esta enfermedad. Pues puede ocurrir que no conozcan como debuta, que síntomas tienen.
- En un primer momento se realizará una encuesta y un registro de datos en los que aparecerá, si tiene alguna patología añadida, cuanto lleva con la sintomatología etc.

- Se realizará las pruebas pertinentes como radiografía de tórax , espirometría etc. en todo este tiempo el TCAE estará cuidando del paciente y a la vez acompañará a sus familiares.
 - En el momento que este diagnosticado como asmático el paciente pediátrico, el TCAE deberá ayudar a instruir a los padres y a el niño salvo que sea menor de 8 años sobre cómo funciona el inhalador.
 - Para ello el TCAE explicara que debe de coger el inhalador, manipularlo y tras esto se le explicara que debe abrir la boca para coger la boquilla del inhalador. El pulsador se pulsará en el momento que debe aspirar para que la medicación entre a los bronquios.
 - Tras la administración de la medicación el TCAE aconsejara que beba agua para evitar que queden restos del polvo del inhalador.
 - Se aconsejará mantener el inhalador y el resto de medicación en un sitio fresco que no este en calor debido a que se puede estropear esta medicación y también descomponer algún principio activo.
- Con todo esto el TCAE junto con el resto de personal o equipo multidisciplinar ayudara a un control del paciente pediátrico frente al asma.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro trabajo queremos transmitir la importancia de que la familia sea apoyo para el paciente en todos sus ámbitos.

El TCAE es el profesional que ayudara a educación sanitaria, instruir sobre el inhalador y por supuesto el almacenamiento de la medicación etc.

ES un tema básico debido a que no solo el personal sanitario debe ayudara a realizar o administrar el inhalador, muchos pacientes en su domicilio lo realizan autónomamente.

Como se ha podido observar es un tema que también va a surgir en la niñez con lo cual es más fácil el diagnostico del paciente, también con ayuda de las pruebas diagnósticas.

6 Bibliografía

- Asensi M, Sánchez CM. Claves de educación en asma: casos clínicos interactivos. Rev Pediatr Aten Primaria.2010;12. Sup 19:201-213.
- Busquets RM, Escribano A, Fernández M, García L, GardeJ, Ibero M. Consenso sobre el tratamiento del asma en pediatría. An Pediatr (Barc) 2006;64(4):365-78.

Capítulo 85

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ZONA DE PARTO DE LOS HOSPITALES

GEMA DONAIRE RODRIGUEZ

YOLANDA PAVÓN GOMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL

RAQUEL GARCIA SEMOLINO

JOSEFA BONILLA ROMERO

1 Introducción

El parto es un fenómeno fisiológico que conduce a la salida de un feto viable. La atención de los partos y los cuidados no siempre se han producido en un hospital, sino, que desde la antigüedad un parto era asistido en casa o sobre todo en el campo, donde trabajaban mayormente las mujeres, por el marido o alguna hija mayor.

El parto solía producirse en vertical y muchas veces había complicaciones debido a los pocos medios que tenían, sobre todo las mujeres de la baja sociedad y la poca esterilidad que presentaban sin mencionar la escasa experiencia la persona que presenciaba el alumbramiento.

Mas tarde se introdujo la figura de la matrona y ayudantes que, sin ningún título solo con la mera experiencia que iban adquiriendo, asistían ellas a las parturientas.

Las mujeres gestantes atravesaron profundas transformaciones durante la primera mitad del siglo XX. Aquellas que pertenecían a sectores medios urbanos vivieron experiencias disímiles en relación con la atención de la salud reproductiva: algunas de ellas no llegaron a realizar ningún control médico de sus embarazos, otras como las más jóvenes llegaron a conocer las técnicas del parto sin dolor. La mayor transformación se produjo entre 1930 y 1960. La más sugerente, sin duda, es el tránsito de parir en la casa a hacerlo en las instituciones de salud. Este cambio redefinió aspectos relativos a los conocimientos sobre la reproducción, las instituciones, los espacios y los propios actores involucrados.

2 Objetivos

Conocer el protocolo de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el paritorio 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

La técnico en cuidados de enfermería realizará las funciones que le corresponden:

- Acondicionar y preparar el paritorio para cuando llegue la paciente estar listo.
- Preparar el material estéril en una bandeja, incluido paños estériles, guantes, agujas, jeringas, el saco donde va todo lo instrumental y textil, gasas y tubos para la recogida de sangre.
- Ayudar a la embarazada a colocarse en el potro y acomodarla diciéndole dónde puede agarrarse y de qué manera en la idónea para poder empujar.
- Limpiar la zona de la vagina para que este lo más incontaminado posible para cuando nazca el bebé.

- Rasurar la zona genital para tener visibilidad a la hora del alumbramiento y así poder dar puntos en caso de desgarro si hiciera falta.
 - Asistir a la matrona o ginecólogo en todo lo necesario.
 - Dar material complementario en caso de complicación así como llamar a la pediatra en caso de emergencia.
 - Preparar la cuna caliente, paños calientes, el gorro y el peso para el bebé, así como comprobar todos los respiradores y carros de paradas que estén completos y funcionen correctamente.
 - Coger al bebé y ponérselo a la madre encima del pecho para que puedan realizar el contacto piel con piel.
 - Tapar al recién nacido con los paños calientes y el gorro en cuanto salga para evitar que se destemple y así frotarlo enérgicamente para que coja color y temperatura.
 - Pesar al recién nacido y ponerle el pañal, al mismo tiempo se cambian a otros paños más limpios para llevarlo aseado con la madre.
 - Cortarle el cordón umbilical.
 - Recoger todo el material utilizado y esterilizarlo.
 - Recoger muestras de sangre tanto venosa como arterial de la madre y del bebé para mandarla a laboratorio.
- Cualquier profesional sanitario tiene que anteponer su labor según las exigencias que demande el servicio.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados de enfermería (TCAE) en el área de paritorio tiene que transmitir seguridad y confianza tanto a la hora de trabajar mano a mano con las matronas, ginecólogos y otros TCAE como en atender a la paciente, haciéndola sentir lo más cómoda posible, guardando su intimidad, explicándole el proceso en todo momento y mantener una higiene adecuada para evitar producir cualquier tipo de infección.

Hablamos de traer una vida nueva al mundo, es un momento muy delicado e intimó tanto para los padres como para el bebé, por ello todo el equipo multidisciplinar que formamos parte de esa llegada estamos unidos para que todo salga bien.

6 Bibliografía

- <https://www.fp-santagema.es>

www.em-consulte.com.

- Protocolo de actuación del Servicio de partos del Complejo Hospitalario de Albacete.

Capítulo 86

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: PRIMER CONTACTO MADRE E HIJO EN EL PARITORIO

GEMA DONAIRE RODRIGUEZ

YOLANDA PAVÓN GOMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL

RAQUEL GARCIA SEMOLINO

JOSEFA BONILLA ROMERO

1 Introducción

Antiguamente el servicio de Neonatología se encargaba de coger al bebé, muchas de las veces agarrándolo de una pierna quedando colocado hacia abajo se hacía para evitar que se aspirasen; es decir, que se tragasen sus secreciones y parte del líquido amniótico y le colocaban con suerte en la cuna que había al lado de los padres. Si no disponían de esos medios, se lo llevaban a otra sala aparte separando al recién nacido de sus padres para realizar los primeros cuidados.

Durante mucho tiempo, esta fue la práctica habitual, pero era muy duro tras un esfuerzo tan inmenso, ver cómo se llevan a tu hijo sin poder darle apenas un beso. Y no hablemos ya de ese bebé, que cambia completamente de un mundo oscuro y recogido a otro totalmente diferente y se ve separado de su vínculo más importante: su madre.

Debido a esto después de muchos años se vio que lo mejor para ambos era el contacto piel con piel o método canguro.

Fue ideado en 1978 por Edgar Rey Sanabria, neonatólogo colombiano, y se introdujo por primera vez en España en 1995.

El contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido encima del pecho de la madre (o en todo caso del padre si la madre esta indispuesta) en el momento del nacimiento, sin secarlo, sin cortarle el cordón umbilical simplemente tapándolo con una manta o paños calientes y colocarle un gorro para evitar que pierdan temperatura e intentar mantenerlo así el mayor tiempo posible.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del contacto piel con piel para humanizar los cuidados en el momento del nacimiento y dar seguridad tanto a la madre como al hijo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha podido comprobar el piel con piel tiene grandes beneficios tanto a corto como a largo plazo.

A corto plazo:

- Mejora las constantes vitales del recién nacido.
- No pierde temperatura corporal, ya que se estabiliza y mantiene la misma que tenía en el útero materno.
- Favorece la lactancia materna, ya que reconoce el olor de la madre y así es más fácil engancharse al pecho una vez que se produzca la subida de leche.
- Estar tranquilos ambos, ya que el bebé escucha los latidos del corazón y la madre se siente feliz de tenerlo con ella y comprobar que todo está bien.
- Ayuda a la regresión uterina de la madre.

A largo plazo:

- Reduce la irritabilidad ya que para el bebé es un cambio muy grande salir de la barriga y enfrentarse al mundo exterior con gente extraña.
- Reduce el llanto del bebé al verse protegido por su madre y sentirse seguro, viendo con ello que tiene un mayor descanso.
- Disminuye incidencias de apneas.
- Mejora la ganancia de peso en los recién nacidos sobre todo en prematuros en los primeros años de vida.
- Fortalece desde el minuto cero el vínculo y la comunicación entre padres e hijos.
- Efecto positivo en su rendimiento escolar y en su conducta cuando sea un adulto joven.

Los beneficios de esta práctica están probados y no se ponen en duda en ningún momento, siendo una medida apoyada por la Sociedad Española de Neonatología, la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia de UNICEF y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.

Además, también forma parte de las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y está en las guías clínicas de Australia, Canadá y Gran Bretaña.

Es un método inmejorable pero en España aún hay camino por andar, y más en los centros privados, donde solo un 23% lo cumple, mientras que los públicos están 10 puntos por encima. Aragón, Madrid, Cataluña y Andalucía son las comunidades más avanzadas al respecto, según el estudio efectuado por El Parto es Nuestro.

5 Discusión-Conclusión

Se trata de un método natural e inócuo, con múltiples beneficios.

Es necesario la educación del personal acerca de la importancia del contacto piel con piel, ya que, existe una sólida evidencia científica de las ventajas a corto y largo plazo que estos cuidados permanentes de los padres reportan al niño.

Es esencial que los profesionales que acompañen a las familias en el trabajo del parto implanten este procedimiento en su práctica diaria, dediquen tiempo a visualizar el comportamiento innato de los recién nacidos en el contacto piel con piel y hagan partícipe a los padres de este momento y de los beneficios que tiene para su bebé.

Realizar el contacto piel con piel, tal y como hemos descrito, es transferir de la teoría a la práctica cambios sustentables.

6 Bibliografía

- www.quironsalud.es/mano-pediatra.
- www.mscbs.gob.es.
- www.salud.mapfre.es.
- www.scielo.org.
- www.medlineplus.gov/spanish.

Capítulo 87

CUIDADOS PALIATIVOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

GEMA DONAIRE RODRIGUEZ

YOLANDA PAVÓN GOMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL

RAQUEL GARCIA SEMOLINO

JOSEFA BONILLA ROMERO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos en ancianos como el cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos.

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se encuentran con enfermedades que no son compatibles con la vida, quitando el dolor y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta la muerte.

Se trata de dar al anciano los cuidados que precise tanto a nivel físico como emocional. En esta etapa, que suele ser con un pronóstico de vida inferior a seis meses, se procura que sea lo más satisfactoria posible y donde el paciente esté arropado

por familiares y un equipo. multidisciplinar de las diferentes necesidades que demande el enfermo.

Estos cuidados lo que intentan conseguir es:

- Aliviar el dolor y la angustia que se crea.
- Considerar la muerte con más normalidad.
- Introducir los aspectos psicológicos del paciente.
- Ofrecer apoyo al paciente y vivir de manera activa hasta la muerte.
- Ofrecer apoyo a familiares para anticipar el duelo.
- Mejorar calidad de vida e influir de manera positiva durante la enfermedad.

Componentes de una valoración geriátrica:

- Valoración clínica. Basada en las patologías que padecen.
- Valoración funcional. Relacionadas con las actividades de la vida diaria.
- Valoración mental. En ella se incluyen tanto estado cognitivo como anímico.
- Valoración social. Se valora su relación con familiares y amigos.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en cuidados paliativos.

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 cuidados paliativos el de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene mucha participación a la vez que el resto del equipo multidisciplinar.

En el cuidado del enfermo una parte principal es el aseo que se procurara hacer cuando el enfermo este mas animado respetando su intimidad a ser posible utilizando su propios efectos personales y ayudado en todo lo que necesites tanto en una supervisión como un aseo encamado.

Para el cuidado de la piel es importante utilizar jabones de pH neutro se seca con mucho cuidado evitando arrastrar para no dañar la piel. A los pacientes en 630 camados de los cuidados a tener en cuenta son las úlceras por presión para ello observaremos bien la piel y procuraremos que esté limpia y seca.

Parte importante del aseo es el cuidado de la boca ya que se evitan complicaciones como pueden ser las infecciones o los hongos .

Seremos las tcae quienes tenemos que proceder a hacer es la limpieza de boca , para eso utilizaremos depresores y torundas.

A la hora de realizar los aseos procuraremos que tenga un ambiente cálido , la intimidad necesaria que no se sienta incómodo y le animaremos a que las actividades que el pueda realizar la haga solo .

En la mayoría de enfermos terminales las ganas de comer disminuye , no se debe obligar, ofreciendole poca cantidad y varias veces al día. La sonda nasogástrica está contraindicada , precisamente porque lo que se persigue es conseguir mayor confort y la sonda aumentaría su malestar.

El envejecimiento no es sinonimo de enfermedad ni de cuidados paliativos,sino que significa disminución de la capacidad del organismo de adaptarse a situaciones de estrés.

A nivel emocional son paciente muy frágiles se debe procurar escucharles asertivamente, empatizar y acompañarles prestarles el apoyo que necesitan para ayudarle a sobrellevar esa etapa ,otro cometido del tcae es asistirlos en sus últimos momentos de vida .

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión de que este tipo de enfermos terminales deben terminar sus días en de una manera lo más tranquila posible, aunque ellos pasarán por una serie de fases en las cuales su irritabilidad llegara a afectar también a los que le están cuidando, familiares y cuidadores, pasarán por más fases de negación e ira, hasta que ellos acepten el desenlace. Se trata de acompañarlo y escucharlo cubriendo todas sus necesidades físicas y emocionales intentando, en la medida que se pueda, entretenerlo para que el menos tiempo posible piensen en su estado si puede ser leyendo o dando algún paseo, llevarlo a hacer alguna actividad que al paciente le guste dentro de lo que se pueda en definitiva facilitar que esos últimos momentos sean los más confortables es posible junto al equipo médico que pautará la medicación para que por lo menos no sean dolorosos sus últimos días.

6 Bibliografía

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

Capítulo 88

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO. CUIDADOS NECESARIOS

MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ

PAULA PARDO GOMEZ

SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ

LAURA RISCOS RODRÍGUEZ

NATALIA MAZA PUJALTE

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad que se puede originar en cualquier parte del cuerpo y que ocurre cuando las células del organismo crecen de una manera descontrolada, siendo mucho mayor el número de células malignas en relación al número de células normales.

Aún se desconoce la causa por la que se da ésta multiplicación, pero se cree que pueden influir múltiples factores genéticos así como otros factores externos muy diversos, como pueden ser el estilo de vida, medioambiente, exposición a productos químicos, etc.

Cuando esta división celular produce una aglomeración de células o bultos anómalos, aparecen lo que comúnmente conocemos como tumores.

Existen dos tipos de tumores: benignos o malignos.

En el caso del tumor es benigno, las células se multiplican de una manera desproporcionada pero no se extienden a otras zonas del cuerpo. Por lo general, este tipo de tumores no comprometen la vida del paciente, aunque en el caso de que no cese el crecimiento del mismo, la presión puede afectar a órganos que se encuentren cercanos, por lo que la mejor opción suele ser extirparlos.

Por otro lado, cuando hablamos de tumores malignos o lo que se conoce como cáncer, nos estamos refiriendo a que las células que lo forman tienen la capacidad de extenderse a otras áreas del organismo y/o en éstos órganos. Dicha propagación es lo que conocemos como metástasis.

El paciente oncológico está constantemente sometido a cambios importantes, es por ellos que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe ofrecerle apoyo tanto a él como a sus familiares, para intentar paliar los efectos que la situación tan delicada produce.

A día de hoy, el cáncer es aún una de las primeras causas de muerte en España, pues sólo el pasado año se registraron 277.234 de casos.

En la actualidad en nuestro país existe un 55,3% de probabilidad para superar la enfermedad en el caso de los hombres, y un 61,7% en mujeres, pero en muchos casos, tanto el paciente como su familia son conscientes de que el fin será el fallecimiento.

Sólo en España, murieron 277.394 a causa del cáncer durante el 2020, siendo Andalucía la comunidad autónoma donde más decesos se produjeron por esta causa (18.275), seguido por Cataluña con 17.373 casos. En el otro caso, se encuentra Aragón, siendo la comunidad autónoma donde menos fallecidos hubo a causa del cáncer con 3555, seguido por Asturias, con 3599 casos.

Si nos referimos al género para observar la incidencia de los casos de mortalidad, podemos comprobar que es mucho mayor en el caso de los hombres (61.9%), frente a las mujeres (38.81%).

Por último, si establecemos los porcentajes por edades, podemos observar que el rango en el que más muertes se producen por cáncer es en mayores de 75 años, con un 57.967% del total.

Por otro lado, si observamos un estudio reciente realizado por el observatorio AECC, para visualizar los nuevos casos de cáncer en España, podemos decir que la comunidad autónoma con más nuevos casos, es de nuevo Andalucía, con 46.283 nuevos casos en el último año, mientras que la comunidad autónoma donde menos se han detectado, ha sido la Región de Murcia, con 7.633 casos.

Por otro lado, también podemos ver que en el último año han aparecido muchos más casos en hombres (58.08%) frente a las mujeres, con un 41.92%.

Por último, el número total en España de nuevos casos es de 98.863, siendo otra vez el rango de edad que más se ve afectado por ello, lo mayores de 75 años, siendo 2170 más.

2 Objetivos

- Realizar una revisión general sobre qué es el cáncer y una exposición sobre datos sobre la incidencia del cáncer en España.
- Exponer las características del paciente oncológico, el funcionamiento de los diversos servicios oncológicos así como el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería con este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en libros físicos así como en páginas web especializadas en el asunto, contrastándolas con las principales bases de datos digitales del momento: Scielo y Pubmed.

Se han seleccionado a conciencia los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El paciente oncológico es un paciente especialmente delicado, pues está en un momento de su vida muy duro.

Por ello es muy importante que como TCAE conozcamos en profundidad la enfermedad para poder hablar con el paciente y/o sus familiares si así lo desean para tranquilizarles en la medida de lo posible.

Es cierto que lo idílico es que las personas que tratan con pacientes oncológicos sean delicadas, amables, empáticas, dulces, y que en todo momento cuiden del bienestar de sus pacientes, así como de los familiares para intentar hacerles pasar su estancia por el hospital lo más agradable posible.

Debemos pensar que éstos pacientes están en sus últimos meses, semanas, días e incluso a veces, horas de vida. Por lo que debemos brindarles nuestro apoyo y procurar que se encuentren cómodos y tengan todo lo necesario para hacer de ese tiempo lo más agradable posible.

Es realmente importante que el TCAE conozca el funcionamiento de todos y cada uno de los servicios por los que pasa el paciente.

En un primer momento, es en el servicio de consultas oncológicas donde el TCAE recibe al paciente para tomarle las constantes y peso, y después le acompaña a la consulta del doctor. Se encarga también de recepcionar las llamadas de otros pacientes, preparar las consultas y de recoger los pedidos que el oncólogo prescribe en la farmacia del hospital.

En el hospital de día los pacientes van a recibir los tratamientos de quimioterapia, el técnico los sitúa en sillones o en camillas dependiendo de la situación del enfermo, y el TCAE repondrá las dependencias de ese servicio y se ayudará a la enfermera en lo oportuno.

En la zona de radioterapia el técnico realiza el acompañamiento del enfermo, le ayuda en las tareas que él no pueda realizar, así como la higiene si fuera preciso. Hay casos en los que no es posible mantener al paciente con vida dada la imposibilidad de recurrir a la cirugía, la agresividad de la enfermedad o la ineficacia de los tratamientos, por ejemplo.

En estos casos, existen las unidades de Cuidados Paliativos, donde llega el paciente cuando ya no es posible controlar el dolor en su domicilio.

En estas unidades, las tareas del TCAE son realizar el aseo a los pacientes que no puedan hacerlo por sí mismos, realizar los cambios posturales que sean necesarios para el confort del paciente, ayuda a la ingesta de alimentos cuando el paciente no pueda hacerlo de una manera autónoma, ofrecer apoyo al enfermero/a, atender a las llamadas que puedan hacer los pacientes o sus familiares al control de enfermería, así como mantener ordenados y repuestos todos los carros de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

A la vista de los datos que se han mostrado anteriormente queda claro que aún hay que investigar mucho sobre el cáncer, cuáles son las causas que hacen que la enfermedad se desarrolle, y quizá la investigación en nuevos tratamientos con el fin de evitar tantas muertes al año.

Mientras tanto, los sanitarios que trabajen con enfermos oncológicos, es importante que se formen continuamente para saber tratar con el enfermo y sus familiares, apoyarles en todo momento e intentar que el sufrimiento y el dolor sea el mínimo posible.

Además, para aquellos pacientes que se encuentren en unidades de cuidados paliativos, es muy importante cuidar el tacto y la delicadeza con la que tratare-

mos a los pacientes, pues para muchos el fin de su vida se encuentra muy cerca y es nuestro trabajo como TCAE proporcionarles en todo momento lo que necesitan para que su estancia sea lo más cómoda posible, y su fin sea lo más digno dentro de las posibilidades.

6 Bibliografía

- <http://observatorio.aecc.es/>.

Capítulo 89

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA LACTANCIA MATERNA

VIRGINIA POBLETE CANILLAS

NASIMA OURTANE LAASRI

MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA

CONSUELO PERONA MARTÍNEZ

BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA

1 Introducción

La lactancia materna es una de las formas más eficientes de asegurar la buena salud y la supervivencia de los niños a la hora de nutrición e inmunización, además de los grandes beneficios que aporta al recién nacido y a la madre.

Si en la práctica todos los niños estuvieran alimentados por lactancia materna, cada año se salvarían unas 820 000 vidas infantiles en todo el mundo. De los datos dados por la Organización mundial de la salud (OMS) a nivel mundial, solo un 42% de los lactantes de menos de seis meses se alimentan de leche materna como alimentación exclusiva.

La OMS promociona y promueve activamente la lactancia natural como el mejor aporte y forma de nutrición para los lactantes y niños pequeños y lo recomienda la lactancia materna en exclusiva hasta los seis meses de edad. De estos datos y

cifras aportados por la organización mundial de la salud, de ellos extraemos la multitud de beneficios que aporta la lactancia materna, y se encuentra trabajando y apoyando incesantemente a las madres sabiendo que es posible aumentar la lactancia materna en todo el mundo, la lactancia materna no solo beneficia al niño, sino que también es beneficiosa para las madres.

2 Objetivos

- Describir los beneficios de la lactancia materna exclusiva a largo plazo.
- Observar también los aportes beneficiosos que derivan de esta práctica

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 lactancia materna única y exclusiva a veces es utilizada como un método natural de control de la natalidad, aunque no es del todo infalible ni seguro, otro beneficio que nos podemos encontrar es que según estudios va a reducir el riesgo de cáncer de ovario o de mama la diabetes de tipo 2, además de ser de gran ayuda a la depresión postparto.

La lactancia materna aporta unos beneficios a largo plazo a los niños.

Además de los beneficios inmediatos de cada tetada, la lactancia materna proporciona una buena salud durante toda la vida. Los adultos y adolescentes que fueron beneficiados con esta técnica de niños tienen menos riesgo a sufrir sobrepeso u obesidad. Están también menos predispuestos a sufrir diabetes de tipo 2 y en las pruebas de inteligencia, obtienen mejores resultados.

La lactancia artificial se proporciona a través del aporte de leches artificiales al recién nacido, que no contienen los anticuerpos presentes en la leche materna.

Los beneficios que aporta la lactancia materna para las madres y los niños no pueden ofrecerlos ni aportarlos la lactancia artificial con leches comerciales. Si no se elaboran con las medidas higiénicas adecuadas, pueden derivar en posibles

riesgos, como los relacionados con el uso de agua insalubre y de material que no esté esterilizado previamente, así como cuando se dé la preparación del polvo y que se vea contaminado con bacterias. A veces se producen problemas de malnutrición si el se diluye demasiado para "ahorrar" la leche en polvo. Mientras que el amamantamiento continuo mantiene los niveles de producción de leche materna, si se usa leche artificial, pero por el motivo que sea, se deja de utilizar, el volver a la lactancia natural puede ser misión imposible por la disminución de la producción materna.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir y llegar a la conclusión, aunque más que conclusión, son hechos contrastados a lo largo de la existencia de la humanidad que la lactancia materna gana por goleada a la lactancia artificial, en cuanto vemos los resultados de los estudios y evidencias que nos refiere, la Organización mundial de la Salud, a la hora de los grandes aportes muy beneficios en nutrición e inmunización tanto para la madre como para el niño y que desde nuestros cometidos como técnicos en cuidados de enfermería y profesionales de la salud, debemos fomentar y promocionar la lactancia materna, además de estar adecuadamente informados y actualizados y por supuesto ayudar a la madre en todos sus dudas y cuestiones que se le planteen.

6 Bibliografía

1. C. Victora, R. Bahl, A. Barros, G.V.A Franca, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N. Walker, and N. C. Rollins. 2016. "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect." *The Lancet* 387 (10017):475-490.
2. 'Lactancia materna'. Asociación Española de Enfermería Pediátrica. (AEEP).
3. 'El papel de la enfermería en los planes de promoción de la lactancia materna'. Universidad de la Rioja. Virginia Rodríguez Ruiz.
4. 'Taller de lactancia materna'. M. Tomico del Río. *Pediatría Atención Primaria*. SCIELO.
5. https://www.aeped.es/sites/default/files/2-evid_beneficios.pdf.

Capítulo 90

TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES Y LA HIGIENE BUCAL EN PACIENTES PALIATIVOS

VIRGINIA POBLETE CANILLAS

NASIMA OURTANE LAASRI

MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA

CONSUELO PERONA MARTÍNEZ

BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA

1 Introducción

Se incorporaron en España las unidades de los Cuidados Paliativos en la atención sanitaria como un área específica. "Los Cuidados Paliativos han ido implementando valores muy beneficiosos al replantear una atención totalmente integral siempre basada en las necesidades del entorno y de la persona, en la toma de decisiones centrada en la ética clínica y el respeto a la dignidad y autonomía de la propia persona, así como la organización del trabajo en el equipo interdisciplinar".

Según estrictos criterios, el personal de la salud, debe ofrecer tratamientos y diagnosticar sus resultados de efectividad, eficacia, eficiencia. Realizar una evaluación a conciencia de los resultados, han permitido crear unos conocimientos específicos en cuidados paliativos consolidados y con una base de evidencias científicas.

El trabajo clínico del equipo enfermera-Técnico en cuidados de enfermería, van dirigidas al cuidado de la persona.

La participación del Técnico en cuidados de enfermería en lo referente a los cuidados paliativos tratará de planificar los cuidados para que sean individuales, flexibles, accesibles y con un contenido de todas las disciplinas.

Se deberá valorar las incidencias de la enfermedad y ver como evoluciona en referencia al control de síntomas, cubrir las necesidades más básicas del afectado, facilitar la adaptación de los procesos y en lo emocional proporcionar el apoyo básico, así como enseñar a la familia en lo referente a su cuidado.

2 Objetivos

- Describir los cuidados más importantes que precisan los enfermos paliativos.
- Analizar la importancia de la higiene de la boca en los pacientes paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica extensa sobre el tema a tratar, realizando una búsqueda exhaustiva en las principales bases de datos: PubMed, Scielo, Elsevier y sitios web específicos relativos a y sobre cuidados del paciente paliativo. También se han revisado guías específicas de la Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL) y artículos y publicaciones sobre la evolución de los cuidados paliativos en España.

4 Resultados

Lo más importante en estos pacientes es el control del dolor y de los síntomas sobre todo los que afectan a la boca, así también como la disnea o el estreñimiento, ya que les puede provocar un aumento de la ansiedad, al no estar a gusto y que podrá empeorar y agravar su estado basal en las últimas etapas de su enfermedad. A la hora del alivio del dolor e independientemente del tratamiento pautado por el médico, se puede también aliviar al paciente administrando medidas de confort como:

- Un entorno tranquilo y poco iluminado
- Encontrar posturas que le disminuya el dolor a través de los cambios posturales.
- Que el ambiente se encuentre bien ventilado y no se encuentre cargado.

Otra de las medidas muy importantes es una correcta higiene bucal. Estos pacientes en situación terminal nos dicen siempre que tienen una sensación de boca seca y que los sabores los notan alterados, además que se puede dar irritación y dolor en las mucosas de la boca, esto puede darse además de por el tratamiento radioterápico o quimioterápico, si se tiene una mala higiene bucal, nosotros como técnicos en cuidados de enfermería podemos atenuar estos síntomas, practicando una higiene de la cavidad oral integral como:

- Mantenimiento de la mucosa y labios con humedad, limpios e hidratados.
- Eliminación de la placa bacteriana y posibles restos de alimentos, prevendrá la halitosis, se realizará con un cepillado con cepillo de cerdas blandas, en los dientes como para la lengua. Se podría utilizar también una torunda o con el dedo índice siempre protegido con un guante o gasa.
- Cepillado y enjuague normal en la higiene después de las comidas principales.
- Para la humedad, se proporcionará pequeños sorbos de agua, zumos de fruta muy fríos, manzanilla con limón y/o salivas artificiales con una base de metilcelulosa.
- El peróxido de hidrógeno diluido, será de gran ayuda para eliminar el sarro. La solución de bicarbonato sódico es muy efectiva pero contiene un gusto desagradable. La solución de clorhexidina 0,2% también podría ser utilizada.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos decir que la comunicación del paciente, su bienestar y la satisfacción en el alivio de los síntomas más frecuentes a la hora de que el paciente esté un poco más cómodo, dependerá en gran parte de la cercanía, confianza y profesionalidad en la puesta en práctica de medidas de confort, que demostremos al enfermo y su entorno familiar. Esto es lo más fundamental para el enfermo terminal. La unidad terapéutica se basará en tratar siempre al enfermo y a ser posible con su familiar. Como Técnicos en cuidados de enfermería y en colaboración con todo el equipo, la atención y educación en los síntomas a paliar deberá repercutir no solo en el enfermo, sino en todo su entorno tanto en su vida como en lo familiar para que a la hora de la efectividad sean lo más beneficiosos posibles y que todos se sientan incluidos en el proceso final de estos cuidados paliativos y en esta etapa de la vida del paciente.

6 Bibliografía

- 1-. N. Codorniu, M. Bleda, E. Alburquerque, L. Guanter, J. Adell, F. García, A. Barquero. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index Enferm (Internet). 2011. (Consultado 25 Abr 2021); 20 (1-2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015
- 2-. Sociedad española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos (Internet). España: Sociedad española de Cuidados Paliativos; 1993 (consultado 25 Abr 2021) Disponible en: <https://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER%20Y%20CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf>
- 3-. Montserrat Cordero Ponce, Isabel María Romero Sánchez. Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. Nure Investigación (Internet) 2008. (Consultado 25 Abr 2021); 35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7763124.pdf>

Capítulo 91

FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA

VIRGINIA POBLETE CANILLAS

NASIMA OURTANE LAASRI

MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA

CONSUELO PERONA MARTÍNEZ

BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA

1 Introducción

Los trastornos alimenticios como la anorexia y bulimia son afecciones médicas, no son un estilo de vida, afecta a la capacidad del cuerpo para obtener una nutrición adecuada y puede provocar tanto patologías cardíacas, renales y mentales o incluso la muerte.

Los investigadores creen que estos trastornos alimenticios pueden estar causados por una serie de factores que pueden ser genéricos, biológicos conductuales, psicológicos y sociales.

Suelen ser más comunes en mujeres y aparecen con más frecuencia en la adolescencia.

Las personas con bulimia nerviosa tienen períodos de atracones combinados con purgas provocándose vómitos y usando laxantes. Pueden realizar ejercicio en exceso y ayunar. Tienen poco peso, normal o sobrepeso. Con el tiempo la bulimia

nerviosa causa problemas de salud como dolor de garganta crónico, caries y sensibilidad en dientes debido a los ácidos del estómago cada vez que se vomita, problemas gastrointestinales y desequilibrio electrolítico.

Las personas con anorexia nerviosa evitan la ingesta de alimentos o comen cantidades muy pequeñas y pueden seguir viéndose con sobrepeso a pesar de su extrema delgadez. Este problema tiene la tasa de mortalidad más alta de cualquier trastorno mental. Sus síntomas son comer muy poco hasta llegar al extremo de morir de hambre, ejercicio excesivo e intenso, extrema delgadez, miedo intenso a engordar, imagen corporal distorsionada, viéndose con sobrepeso, cuando su peso es extremadamente bajo.

Con el tiempo la anorexia nerviosa puede causar osteoporosis, pérdida muscular, anemia, piel seca y amarillenta, presión arterial baja, debilidad, baja temperatura interna, daños en el corazón, cerebro y fallo multiorgánico, con consecuencias fatales.

Sus ingresos hospitalarios se van alternando según la fase en la que se encuentre la enfermedad, entre la planta de medicina interna y la unidad de salud mental. En ambas unidades el papel y labor del TCAE es fundamental.

2 Objetivos

El objetivo principal es explicar y conocer las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) con los pacientes de anorexia y bulimia.

3 Metodología

El presente capítulo se elabora llevando a cabo una investigación de una revisión bibliográfica sobre la ya existente literatura científica. Lectura de artículos en bases de datos Medline Plus y Pubmed. También se desarrolla una exposición de la experiencia propia como TCAE en las unidades hospitalarias citadas.

4 Resultados

Si se tiene en cuenta que la evolución en los trastornos de la conducta alimentaria es muy variable, ya que en un gran porcentaje de los casos hay recaídas y periodos de recuperación, por lo que se puede considerar como una situación vital crónica, esta cronificación o larga evolución de la enfermedad va a ser consecuencia de no resolver el problema o situaciones iniciales que desencadenaron

la patología.

Por tanto el TCAE durante los ingresos de estos pacientes en la unidad de salud mental de pacientes con bulimia o anorexia, les explicará las normas existentes en la unidad, basadas en unas obligaciones del paciente, unas normas de convivencia con el resto de pacientes, así como también sus derechos, horarios, higiene, cuidados en la alimentación, control de medicación. Hay que tener en cuenta que la vida normal de estas personas se interrumpe pudiendo tener graves secuelas. La labor del TCAE es fundamental y directa con el paciente hasta llegar al logro de proporcionarle un bienestar físico y psicológico.

El TCAE le ayudará en las actividades básicas de la vida diaria que por su situación en algún momento no pudiera desempeñar como ayuda en el aseo diario, vestirse si su apatía o condición física no se lo permitiera, alimentación diaria fundamental en ambos casos, vigilando o colaborando en la ingesta de la misma, así como la vigilancia de la ingesta de medicación pautaada, también se le ayudará en proporcionarle un bienestar psicológico de adaptación al medio, colaborando en el desarrollo de actividades para así hacerles sentir útiles mejorando su estado anímico.

El TCAE forma parte de un equipo multidisciplinar de profesionales, siendo su labor la más cercana al paciente para proporcionarle una asistencia de calidad y calidez.

No existe un tratamiento para la anorexia completamente efectivo, la recuperación de los pacientes oscila entre el 76 % y el 90 % después del tratamiento.

Los pacientes de bulimia siguieron de manera común comiendo en exceso y los pacientes de anorexia siguieron comiendo menos de lo normal.

Cuando el peso es menor al 60 % del peso normal hay riesgo de muerte significativo y el suicidio se produce en la mitad de los casos.

5 Discusión-Conclusión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) gran parte de la población mundial padecerá algún tipo de enfermedad mental.

Las perspectivas de recuperación son mejores para la bulimia que para la anorexia.

La recuperación del paciente debe ser lenta y sostenida, a pesar de su resistencia, por lo tanto se deben incluir programas de conductas para la normalización alimentaria y el aumento de peso. El pronóstico es más optimista cuando se administran antidepresivos durante la fase de recuperación nutricional, con un contexto de abordaje cognitivo-conductual intensivo.

La prevención y tratamiento de los trastornos de alimentación pueden ser más eficaces si se realizan durante la adolescencia y en un contexto familiar, pues es el momento donde se presenta una gran oportunidad de intervención y también representa un compromiso para los médicos y familiares.

6 Bibliografía

1. T. Cash, E. Deagle

The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa

Intern Jour Eating Disorders, 22 (10) (2007), pp. 107-120.

2. J. Toro

Anorexia Nerviosa

Med Clin (Barc), 117 (9) (2008), pp 334-342.

3. S. Stem, K. Dixon, D. Jones, M. Lake

Family environment in anorexia nervosa and bulimia Journal of Eating, 10 (3) (2006), pp 128-132

4. P. Dawson, R. Simon

Towards a Functional analysis of anorexia nervosa and bulimia British Journal of Clinical Psychology, 21 (3) (2006), pp 167-179.

Capítulo 92

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y MANEJO DE LA CADUCIDAD DE LA MEDICACIÓN

YOLANDA RUIZ BUITRAGO

ANTONIA SERRANO SERRANO

MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA

MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA

1 Introducción

En la mayoría de los hospitales, concretamente en las unidades de hospitalización, existe un hueco destinado al almacenamiento de la medicación. El Control de esta parte es muy importante para evitar que muchos de los fármacos caduquen antes de poder usarlos.

Un medicamento es uno o más fármacos integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en personas o en animales. Frecuentemente el fármaco se utiliza para poder curar, paliar, prevenir la enfermedad o aliviar síntomas.

La medicación podemos encontrarla dependiendo de la vía por la que se vaya a administrar, oral, parenteral, subcutánea, intramuscular, inhalada etc. La medicación oral es la que se administra por la boca y es la primera vía de elección en

los tratamientos. La vía parenteral subcutánea la administra enfermería porque es una vía invasiva, con lo cual va directamente al torrente sanguíneo, el efecto es más rápido. Y otra vía que puede llegar a manejar el TCAE bajo la delegación de enfermería es la de inhalador, ya que muchos pacientes lo realizan de forma autónoma en sus domicilios.

Todo lo relacionado con el almacenamiento es una labor del TCAE de forma que esté todo correctamente colocado.

2 Objetivos

- Describir qué tipo de funciones ha de realizar el TCAE ante el control y correcto manejo de la medicación para evitar su caducidad.

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 qué tipo de cuidados los adecuados para el tratamiento correcto de la medicación y evitar la caducidad de estos.

Palabras clave: cuidados, almacén, caducidad, medicamento.

4 Resultados

- Se ha elegido el tema para la revisión bibliográfica en el que se han podido incluir artículos y textos en los que nos explican qué tipo de manejo adecuado ha de realizar el TCAE para evitar la caducidad de la medicación.
- El TCAE debe conocer que la medicación puede tener la fecha de caducidad que se puede encontrar en la caja, envase, recipiente (botes, botellas, etc.) y etiquetado de los medicamentos; y no es muy diferente de otras fechas de caducidad que conocemos en otros productos, como la de los alimentos. Es la parte más importante, conocer como se puede encontrar la fecha de caducidad.
- El TCAE en el momento que llega medicación nueva a la unidad de hospitalización debe colocar esta nueva detrás de la que tenemos en el armario o hueco destinado para esta medicación, de forma que se utilice la medicación anterior antes que la medicación que acaba de llegar a la unidad. El TCAE suele rotular

en una zona visible el año de caducidad . Para que a simple vista se vea y no se coja otro que tenga caducidad años más tarde.

- El TCAE deberá colocar la medicación dependiendo también de la forma de administración así no puede haber equivocaciones a la hora de administrarla.
- El TCAE debe conocer que no se debe tirar la medicación caducada a la basura, sino que debe llevarla a un punto SIGRE, punto de recogida de medicación caducada.
- El TCAE podrá encontrar esta información que se encuentra recogida en el punto 5 de los prospectos, con la siguiente leyenda: “Los medicamentos no se deben tirar por los desagües ni a la basura. Deposite los envases y los medicamentos que no necesita en el Punto SIGRE de la farmacia. En caso de duda pregunte a su farmacéutico cómo deshacerse de los medicamentos que no necesita. De esta forma ayudará a proteger el medio ambiente.”

5 Discusión-Conclusión

El tema que nos corresponde es actual pues mucha información sobre el tratamiento y manejo de los medicamentos caducados es algo que se debe conocer , no solo a nivel hospitalario si no en los domicilios donde muchos pacientes tienden a guardar medicación para futuras administraciones y al final se caducan y no se llegan a utilizar.

El TCAE debe también conocer las normas de la caducidad y almacenamiento en el hueco que corresponda guardarlo y por supuesto como se ha comentado como ha de realizar la hora de guardar según el tipo de administración de la medicación, oral, parenteral así no hay posibilidad de confusión .

6 Bibliografía

- Capdevila C, Vilaplana M, Estrada M. ¿Es adecuada la presentación de los medicamentos para los ancianos? Circ Farm. 2001;59:82-6.
- Catálogo de especialidades farmacéuticas. Madrid: Consejo General de COF; 2005.
- García de Bikuña B. Especialidades farmacéuticas complejas. Edición del autor; 2004.

Capítulo 93

PREVENCION DE CANCER DE PIEL CONSEJOS SANITARIOS

MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA

ANTONIA SERRANO SERRANO

MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA

YOLANDA RUIZ BUITRAGO

1 Introducción

La piel es un órgano que guarda memoria como indica todos los artículos. También podemos conocer que es el órgano más grande del cuerpo. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son dos de los pilares básicos de las competencias enfermeras. Los profesionales de enfermería mediante la educación para la salud intervienen sobre los aspectos susceptibles de mejorar en los estilos de vida de las personas, con el fin de evitar la aparición de problemas de salud.

La piel tiene varias capas:

Está constituida por tres bloques:

- Epidermis: es la más superficial, la más delgada y muy celular.
- Dermis: es mucho más gruesa, está constituida por tejido conjuntivo que es atravesado por numerosos vasos y nervios y en esta se localizan los anejos cutáneos.
- Hipodermis: es la capa más profunda, está constituida por un tejido adiposo que también se conoce como tejido subcutáneo graso.

Entre las principales funciones de la piel está la protección. Ésta protege al organismo de factores externos como bacterias, sustancias químicas y temperatura. La piel contiene secreciones que pueden destruir bacterias y la melanina, que es un pigmento químico que sirve como defensa contra los rayos ultravioleta que pueden dañar las células de la piel.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de prevención o cuidados debe realizar la población en la piel para la prevención del cáncer de piel.

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 realizar para la prevención del cáncer de piel

Palabras clave: cuidados, piel, sol, rayos.

4 Resultados

- En este tema hemos realizado una revisión bibliográfica como se ha indicado en el que podemos observar la inclusión de artículos y textos que nos comentaban que tipo de cuidados y prevención puede realizar en una educación de salud respecto a estos temas en cuestión.
- El profesional sanitario debe conocer la palabra prevención por primera mano, por ello se puede comentar que consiste en las medidas que se toman para reducir la probabilidad de enfermar de cáncer. Con la prevención del cáncer, se reduce el número de casos nuevos en un grupo o población. Se espera que esto reduzca el número de muertes causadas por el cáncer.
- Por ello el profesional de sanidad es el encargado de poder promocionar y realizar una prevención, frente a evitar el cáncer de piel.
- Lo prioritario es concienciar que el sol sin protección, por ello es importante la protección de la piel durante la exposición solar. Si no esto es algo que causa cáncer de piel no en el momento si no con tiempo por eso la frase de que la piel tiene memoria.

- Otros tipos de factores preventivos es no fumar, evitar la obesidad y exposición a productos químicos etc.
- Hay que concienciar a la población que si tienes tez clara o piel clara, ojos claros (verdes, azules etc.), cabello rubio. También haber recibido un tratamiento quimioterapia o radiológico.
- Otro tipo de prevención o cuidados que debe exponer el profesional sanitario es el que si ha recibido también o padece una patología inmunodepresora no debe tomar el sol debería protegerse o no tomarlo directamente.
- Todos los cuidados y tipos de prevención pueden ser proporcionados por el profesional sanitario para que la población se conciencie de que el cáncer de piel es mortal.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de piel es uno de los temas más importantes en el verano debido a las radiaciones ultravioleta, sobre todo como se ha comentado en temas de protección solar, y cuidados siempre que se haya realizado un tratamiento radiológico, o se padezca una enfermedad inmunosupresora.

El profesional sanitario puede y debe ser el encargado de incluir con su formación y con todos sus conocimientos todo tipo de documentos o dípticos para poder realizar una educación sanitaria adecuada y con evidencia para la población.

ES un tema clave para el profesional de sanidad y para evitar el aumento de casos cancerígenos de la piel.

6 Bibliografía

- López-Abente Ortega, G.; Pollán Santamaría, M.; Aragonés Sanz, N.; Beatriz Pérez Gómez, B.; Hernández Barrera, V.; Lope Carvajal, V. et al. Grupo de trabajo del Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. Comentario final. En: Ministerio de Sanidad y Consumo centro de publicaciones, editor. La situación del cáncer en España 1996-2000. Cyan, Proyectos y Producciones Editoriales, S.A; [Internet]. 2014. p. 179.
- Lucas Robyn, McMichael Tony, Smith Wayne, Armstrong Bruce. Squamous cell carcinoma, Disease incidence. In: Prüss-Üstün Annette, Hajo Zeeb, Mathers Colin,

Repacholi Michael, editors; Solar Ultraviolet Radiation, Global burden of disease from solar ultraviolet radiation. 2006. p 27-35.

Capítulo 94

INTERVENCION DEL TCAE PARA LA ADMINISTRACION DE ALIMENTACION POR PEG

MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA

ANTONIA SERRANO SERRANO

MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA

YOLANDA RUIZ BUITRAGO

1 Introducción

Los pacientes que son portadores de PEG (a gastrostomía endoscópica percutánea), normalmente este tipo de pacientes son los que necesitan un reposo largo de su aparato digestivo.

Los pacientes pueden ingerir alimentos por vía oral, enteral o parenteral. Esta última es parte de las funciones del Diplomado Universitario en Enfermería pues va administrada por una vía invasiva a nivel de catéter central. La vía oral es la prioritaria en el paciente salvo que necesite un reposo digestivo, o tenga un problema neurológico o a nivel de déficit de deglución. Para ello el paciente será portador de una sonda nasogástrica o una PEG.

La PEG también nos aporta información sobre a qué zona anatómica va por ello podemos comentar el ingreso de nutrientes por vía digestiva a nivel del estómago o del intestino delgado.

La colocación de la PEG es mediante una intervención quirúrgica abdominal, en la que se realiza una incisión y queda una estoma con lo cual se coloca una sonda para unir la zona del intestino delgado a el exterior. No es un alimento común si no que son formulas adecuadas para poder ser administradas por esa sonda enteral. Es cuestión de que el paciente en caso de que no tenga ninguna discapacidad pueda incluso poder manejarla autónomamente.

2 Objetivos

- Describir que tipo de actividades o intervención básica puede realizar el TCAE ante un paciente portador de una PEG en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre el conocimiento sobre los cuidados que puede ofrece el TCAE a un paciente con PEG

Palabras clave: cuidados, alimentación, sonda, PEG

4 Resultados

- En cuidados y que intervención va a realizar el TCAE ante la administración de una alimentación por PEG.
- Lo que debe conocer el TCAE es conocer al paciente y que tipo de patología tiene porque se le ha tenido que colocar la PEG ,estas se suelen realizar en pacientes con disfagias además de patología neurológica u oncológica.
- Es importante la fecha de colocación de la PEG ya que a nivel de infecciones y cuidados de la estoma es algo que se debe tener en cuenta, en general se suelen reemplazar al año.
- El TCAE deberá colocar al paciente ante la toma de la alimentación, siempre que sea posible sentado, aunque en algunas ocasiones también puede ser imposible y se le realizará la toma de la alimentación en decúbito supino. Con la excepción de que se debe elevar el cabecero de la cama para evitar el reflujo gastroesofágico.
- El TCAE antes de realizar la administración de la alimentación, se debe comprobar que la sonda esta permeable , para ello cojera una jeringa y intentara extraer

liquido gástrico para comprobar que esta en intestino delgado. Tras esto el TCAE administrará unos 50 cc de agua para limpiar la sonda y tras esto se comenzará la alimentación del paciente. En un primer momento se empezará con tomas de 50 cc de alimento e ir poco a poco administrándolo , para evitar que el paciente se sienta lleno pronto. Tras la ingesta alimentaria por PEG se administrará otros 50 cc de agua para hidratar a el paciente y a su vez dejar limpio el trayecto de la sonda de PEG.

- Por último el TCAE dejara elevado la cabecera de la paciente para evitar de nuevo el reflujo gastroesofágico.

5 Discusión-Conclusión

El tema es algo que en ocasiones el TCAE va a encontrar en sus funciones. Es un tema muy delicado ya que el paciente como se ha podido documentar puede presentar déficit de deglución o cualquier patología neurológica, Parkinson, Alzheimer por lo que el TCAE deberá tener especial cuidado con estos pacientes a la hora de administrar la alimentación por PEG.

Como se ha podido evidenciar el TCAE debe tener conocimientos adecuados para el cuidado de la intervención a la hora de la administración de la alimentación , también incluso es importante el orden de administración ,no administrar la alimentación en un primer momento.

6 Bibliografía

- Pereira Bravo JG, Ide E, Kondo A, Hourneaux de Moura DT, Hourneaux de Moura ET, Sakai P. Percutaneous endoscopic versus surgical gastrostomy in patients with benign and malignant diseases: a systematic review and meta-analysis. Clinics [Internet]. 2016; 71(3): 169-178.
- Olalla MA. Manejo de gastrostomías en Atención Primaria. Semergen Med gen/fam [Internet]. 2008 ; 34(4): 177-182.
-

Capítulo 95

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA.

MIRIAM GARCIA RUIPEREZ

MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ

JENNIFER GARCIA RUIPEREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión es la necrosis de la piel y del tejido subcutáneo de una zona sometida a presión en dos planos duros (los huesos del paciente y el soporte), que aporta una disminución de aporte de oxígeno a esa zona por aplastamiento de los vasos sanguíneos.

Las UPP son un problema que repercute negativamente en la calidad de vida del paciente, constituyendo un importante problema de salud e incluso para lo familiares.

Las UPP se desarrollan como resultado de la combinación de diferentes condiciones externas y procesos fisiológicos, como la isquemia tisular mantenida sobre el tejido o la ausencia de drenaje en el lugar presionado.

La prevención y el tratamiento, se basan en detectar los factores de riesgos.

Las UPP se clasifican en 4 etapas que son:

-Etapas 1 (grado I): presión de la piel intacta.

Prevención en esta etapa son los cojines especiales antiescaras.

-Etapas 2 (grado II): pérdida parcial del espesor de la piel.

Prevención en esta etapa es proteger la piel más dañada y apósitos de protección.

-Etapa 3 (grado III):pérdida del grosor de la piel absoluta.

Prevención en esta etapa desprender el tejido muerto y facilitar la supuración del tejido humoral.

-Etapa 4 (grado IV):aparición de necrosis y visión de músculos e incluso de hueso.

Prevención en esta etapa antibióticos y valoración del médico para una cura adecuada.

2 Objetivos

OBJETIVOS PRINCIPALES:

-Analizar la evidencia actual respecto a si los cambios posturales son más eficaces, para la prevención de la úlceras por presión que la superficie en un paciente de edad avanzada, o el uso de otros tipos de medidas.

- Conocer la prevalencia de las úlceras por presión.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

-Conocer el tipo de paciente que vamos a tratar.

-Conocer el tiempo que el paciente tarda en recibir medidas de prevención de las úlceras por presión.

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

Existen numerosas experiencias que exponen como la adecuada implantación de un programa de cuidado de la úlceras por presión en residencias que logra resultados positivos, como disminución de la incidencia y/o prevalencia , reducción de los costes etc.

En un estudio realizado la mayoría de los pacientes con úlceras por presión presentaban mal nutrición, muchos de ellos presentaban deterioro cognitivo moderado o severo y la gran parte una dependencia moderada o total.

Las localizaciones más frecuentes de la Upp son según la zona son :

- Decúbito supino ;sacro, talones ,codos, omóplatos y coxis.
 - Decúbito lateral; maléolos , trocánteres, costillas, cresta iliaca, cara interna de las rodillas.
 - Decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, mejillas ,orejas ,nariz.
 - Sedestación: omóplatos, coxis, talones, metatarsianos y trocánteres.
- Para la valoración de esta upp se usa la escala de Braden.
- En estudios que se realizaron relacionados con este tema, no existen diferencias entre hombres y mujeres que padecen o padecieron upp.
- También se observó que a mayor edad menos número de puntuación en la escala de Braden por lo tanto mayor riesgo de padecer upp.
- Para obtener buenos resultados en la escala de Braden es importante:
- Examinar el estado de la piel(siempre limpia,seca e hidratada).
 - Aplicar ácidos grasos(AGHH) (para mantener buena hidratación).
 - Cambios posturales cada 2-3 horas (paciente dependientes).
- Cambios de postura cada 15 minutos (pacientes con buena movilidad).
- Mantener buena nutrición.

El enfoque terapéutico de la upp ,dependerá de su estadio y las características clínicas de la lesión, por lo tanto se deberá hacer una exhaustiva valoración de la upp e incluso si fuera necesario se tomará una muestra para detectar que tipo de infección la ha producido, para poder seguir el tratamiento correcto.

Cabe destacar como un cuidado de los más importantes , es la educación sanitaria, es decir, la implicación del paciente y la familia en la prevención y tratamiento de la upp, para que adquieran capacidades y conocimientos para evitar la aparición y/o progreso de las upp.

5 Discusión-Conclusión

Se estima que le 95% de las úlceras por presión se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se han convertido en un indicativo de calidad de los cuidados.

Por lo tanto el plan de actuación debe ser global, basado en un enfoque multidisciplinar y multidimensional.

Con el paso del tiempo el paciente que padece este tipo de úlceras por presión cada vez son más ancianos pluripatológicos, con lo que el problema potencia a valorar , resulta demasiado habitual como para pasarlo por alto.

Finalmente , la evaluación regular y continua acompañada de la investigación, se convierte en elementos críticos para mejorar la calidad de los ancianos.

6 Bibliografía

- Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y herida crónicas (GNEAUPP), clasificación-estadiaje de la úlceras por presión.
- Blanco JL definición y clasificación de la úlceras por presión 2003;23(4);194-8
- Borrell necesidad de innovaciones metodológicas 1986;3:91-6

Capítulo 96

TIPOS DE DIETAS

MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL

MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO

SANDRA RAMOS LORENZO

CLARA HERRERO FERNANDEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de dieta, nos referimos a unos hábitos y unas costumbres de ingerir alimentos en nuestra vida. La dieta que consumimos debe de ser sana y completa con una ingesta adecuada de nutrientes, repartidos a lo largo de las distintas comidas que realizamos a diario.

No existe una dieta única ni perfecta, depende del lugar dónde se vive, de la cultura, del entorno, de la disponibilidad de alimentos, de los gustos de las personas... Pero lo que si deben de tener común las dietas sanas es el aporte de nutrientes y calorías equilibrados, que nos permitan un desarrollo correcto del organismo.

Pero en ocasiones cuando se necesita cubrir alguna necesidad o tratar alguna patología, la composición de una dieta basal se modifica acorde a las circunstancias del individuo.

Muchos estudios demuestran que la alimentación y el estado de la salud están muy enlazados, y que a la hora de escoger los alimentos que comemos debemos de tener en cuenta que nos pueden reducir de tener ciertos tipos de enfermedades. Deben de predominar los alimentos saludables como cereales, frutas, proteínas,...

pero debe de realizarse de una manera apetecible, pues la alimentación además de necesaria, es un disfrute, y comer debe de ser agradable

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es definir lo que es una dieta sana, y las diferentes modificaciones de ésta según el estado de la persona.

3 Metodología

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

4 Resultados

La dieta es el conjunto de alimentos que ingerimos. Pero ésta no es única, hay diferentes tipos según su composición, o para lo que está indicada. Estas son:

- Dieta basal: en esta dieta los pacientes no necesitan ninguna adaptación, no existe ningún alimento prohibido. Según el tipo de persona se suele consumir entre 2200 y 2500 calorías, dependiendo de las necesidades físicas del individuo. Es indicada para personas que no tienen ningún problema con la ingesta de alimentos. Debe de ser variada y compensada en nutrientes y calorías.
- Dieta absoluta: en este tipo de dietas está completamente prohibida la ingesta de alimentos ya sean sólidos o líquidos. Normalmente se indican a personas a las que se les va a realizar una intervención, y deben hacer ayuno sobre unas ocho horas antes, y normalmente tras el postoperatorio también.
- Dieta líquida: cuando nos pautan una dieta líquida, los alimentos que ingerimos deben de ser de este estado. Podemos ingerir agua, zumos, infusiones, sopas, gelatina.... Se puede indicar este tipo de dieta cuando nos van a hacer un examen, un procedimiento médico, o para la transición de una dieta absoluta a una dieta normal.
- Dieta blanda: cuando nos indican esta dieta, suele ser para resolver problemas con el aparato digestivo. Suele componerse de alimentos suaves, de fácil

digestión, con poca o sin grasas, ni ácidos, pocos condimentos... Aunque calóricamente suele ser muy parecida a la basal...la digestión de los alimentos de esta dieta es más suave.

_Dieta hipocalórica: se reducen el consumo de calorías, normalmente esta entre 1500 y 2000 calorías. Se reduce el consumo de lípidos normalmente. Suele ser dietas de adelgazamiento.

- Dieta hiperproteica: se aumenta el consumo de proteínas. Normalmente esta indicadas en personas con malnutrición.
- Dieta astringente: compuesta de alimentos pobre en residuos, se suele pautar a personas con problemas intestinales que ocasionan diarreas.

5 Discusión-Conclusión

En algunas ocasiones se deben de modificarla composición de nuestra dieta, para conseguir un óptimo estado de salud. La dieta basal es la que debe de predominar en una persona sana, pero esto no implica que una dieta basal sea la misma para todo tipo de persona. La dieta debe de ser acorde a nuestros gustos, a nuestra cultura, al tipo de actividad que realicemos, a la disponibilidad de alimentos.

Lo que debe de ser es variada y con un equilibrio de los distintos nutrientes que el organismo necesita para cubrir sus necesidades: proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, minerales, etc.

6 Bibliografía

- ¿Qué es una dieta saludable?-Sanitas <https://sanitas.es/>.
- Los principales tipos de dietas hospitalarias-Masters Hostelería. <https://mastershosteleria.com/>.
- Dieta líquida completa: MedlinePus enciclopedia médica. <https://medlineplus.gov/>.

Capítulo 97

ESTRUCTURA DE LA PIEL

SANDRA RAMOS LORENZO

MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO

CLARA HERRERO FERNANDEZ

MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL

1 Introducción

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano, al que cubre por completo. Tiene múltiples funciones, como la de proteger las partes internas del cuerpo de riesgos externos como químicos, infecciones y riesgos ambientales, colabora con la regulación térmica del cuerpo, y es un almacén de agua.

La piel y sus anexos cutáneos (pelo, uñas y glándulas sebáceas y sudoríparas) forman el sistema tegumentario.

De forma general, la piel la podemos dividir en tres capas fundamentales: la más externa o epidermis, una intermedia o dermis, y la más profunda o hipodermis. A lo largo del trabajo desrollaremos la estructura de las distintas capas. La piel en orificios como boca, oídos, vagina, nariz, y recto, adquiere otro aspecto en forma de mucosa tapizando estos orificios. La distinta coloración de la piel viene definida por la pigmentación que le produce la melanina, el distinto tono según la raza está determinado genéticamente.

Mediante la observación visual y la palpación podemos encontrar los signos físicos que suelen aparecer en la piel. Para mantener una piel sana debemos de dar mucha importancia al aspecto de la misma, con una buena higiene e hidratación, que además de fomentar el buen estado nos aportan confort.

2 Objetivos

Definir las características y partes anatómicas de la piel.

3 Metodología

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

4 Resultados

La piel recubre todo el cuerpo humano, pero las características de esta como textura, grosor y pigmentación, son diferentes en distintas partes.

Está formada por varias capas, cada una con unas funciones y componentes diferentes. Estas son:

- Epidermis: es la capa más externa, sin vasos sanguíneos ni terminaciones nerviosas. Se divide en 5 capas de células, queratinocitos, que se forman en la capa más interna, y van ascendiendo hacia las capas más externas, conforme maduran. Los queratinocitos son células con queratina.

1. Estrato basal: capa más interna, donde se producen los queratinocitos.
2. Estrato espinoso:
3. Estrato granuloso
4. Estrato lúcido.
5. Estrato córneo

Los melanocitos, que forman la melanina, se encuentran en toda la epidermis y son los que caracterizan los diferentes tonos de piel.

- Dermis: esta es la capa intermedia de la piel, en ella se encuentran los vasos sanguíneos, las glándulas sudoríparas y sebáceas, folículos pilosos. Se subdivide en dos capas

- . Dermis papilar, la capa superior y delgada papilar con tejido conectivo laxo, nutre a la epidermis.

- . Dermis reticular: en ella se encuentran los vasos sanguíneos y se compone de tejido conjuntivo que ofrecen sostén a la piel. En la dermis también encontramos

el colágeno, que es una proteína que se encarga de la elasticidad, firmeza y estructura de la piel, además de beneficiar a ligamentos, tendones, músculos y articulaciones.

- Hipodermis: la última capa de la piel, en la que encontramos tejido adiposo o células grasas y colágeno, que hacen una función de aislamiento y protección contra la pérdida de calor.

Protege el cuerpo de lesiones, al servir como amortiguador de posibles golpes.

- . Capa areolar: la que está en contacto con la dermis, y en la que se encuentran los adipocitos.

- . Capa lamelar: La más profunda. Esta capa aumenta cuando se gana peso.

5 Discusión-Conclusión

Nuestra barrera de protección frente a factores ambientales es la piel. Mantener este órgano sano, nos ayuda a mejorar también la salud de todo el organismo. Tiene unas funciones muy específicas: protección frente a golpes, los rayos solares, sirve para termorregular la temperatura del cuerpo, colabora al mantenimiento de la hidratación pues está compuesta por un 70% de agua, órgano sensorial con numerosas terminaciones nerviosas, colabora con la síntesis de la vitamina D, órgano excretor y absorción de diversas sustancias, impide la entrada de gérmenes dañinos, etc.

Tiene también una importancia social, pues su aspecto es importante para una buena imagen.

6 Bibliografía

- Capas de la piel: MedlinePlus enciclopedia médica ilustración. <https://medlineplus.gov>
- Anatomía de la piel-Stanford Childrens' Health <https://stanfordchildrens.org>
- Conoce cómo está formada la piel/Roche Pacientes. <https://rochepacientes.es>
- Auxiliar de enfermería. Evangelina Pérez de la Plaza. Ana María Fernández Espinosa. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.

Capítulo 98

TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: INFECCIÓN BACTERIANA LLAMADA IMPÉTIGO

KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL

ALMUDENA DEL RÍO CORRAL

MIHAI MANZAT

JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO

SARA DOMÍNGUEZ MERINO

1 Introducción

El impétigo es una enfermedad bacteriana infecciosa superficial de la piel que se presenta con mayor frecuencia en los niños. Se clasifica en impétigo primario cuando se trata de una invasión bacteriana directa a la piel anteriormente normal, o impétigo secundario o común, cuando la infección es secundaria a otras enfermedades cutáneas subyacentes que afectan la barrera cutánea, como la sarna o el eccema. El impétigo también se clasifica como bulloso o no bulloso. El impétigo bulloso presenta ampollas.

El impétigo es una enfermedad común, en particular en los niños pequeños. Es el tercer trastorno cutáneo más común en los niños después de la dermatitis/eccema y las verrugas virales. La incidencia máxima se da entre los dos y los cinco o seis

años. Su prevalencia es mayor en países tropicales y subtropicales, y durante los meses de verano en otros países.

El impétigo se asocia con una higiene deficiente y suele coexistir con la escabiosis. El impétigo se caracteriza por la aparición de vesículas o ampollas en la piel, que al romperse originan costras de color miel (melicéricas). Se puede afectar cualquier área cutánea del cuerpo, pero las lesiones del impétigo son más frecuentes en las zonas no cubiertas por la ropa, como la cara, la zona alrededor de la boca, la nariz, los oídos, los brazos y las piernas. No dejan cicatriz, pero pueden causar trastornos de la pigmentación que llegan a persistir meses. El impétigo puede afectar a cualquier persona de cualquier edad, pero es más frecuente en niños de 2 a 5 años.

2 Objetivos

Describir e indicar qué es el impétigo y sus tratamientos por parte del equipo de técnico de cuidados auxiliares de enfermería.

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

Existen las siguientes alternativas de tratamiento:

Tratamiento expectante en espera de una resolución natural sólo realizando medidas de higiene.

Desinfectantes tópicos, tales como solución salina, hexaclorofeno, povidona yodada y clorhexidina. Sin embargo, su uso no ha demostrado aporte en la recuperabilidad de las lesiones.

Antibióticos tópicos, tales como ozenoxacina, neomicina, bacitracina, polimixina B, gentamicina, ácido fusídico, mupirocina o la combinación tópica de esteroides con antibióticos. De estos, aquellos con mejor evaluación, tanto por efectividad como por tolerancia, son la mupirocina y el ácido fusídico. El más actualizado es

el ozenoxacino, el nuevo antibiótico tópico bactericida de última generación que erradica de forma eficaz las bacterias causantes del impétigo.

Antibióticos sistémicos, tales como penicilina, cloxacilina o flucloxacilina, amoxicilina con ácido clavulánico, eritromicina, cefalexina. La penicilina y la amoxicilina, son menos efectivos que los otros antibióticos.

Si no se trata, el impétigo puede originar diversas complicaciones, por ejemplo nefritis.

El tratamiento de las personas infectadas con un antibiótico por 24 horas o más tiempo elimina por lo general su capacidad de propagar la bacteria. Sin embargo, es importante completar el régimen completo de antibióticos tal como se les ha recetado.

El impétigo se caracteriza por la aparición de vesículas o ampollas en la piel, que al romperse originan costras de color miel (melicéricas). Se puede afectar cualquier área cutánea del cuerpo, pero las lesiones del impétigo son más frecuentes en las zonas no cubiertas por la ropa, como la cara, la zona alrededor de la boca, la nariz, los oídos, los brazos y las piernas. No dejan cicatriz, pero pueden causar trastornos de la pigmentación que llegan a persistir meses. El impétigo puede afectar a cualquier persona de cualquier edad, pero es más frecuente en niños de 2 a 5 años.

5 Discusión-Conclusión

El impétigo se trata con cremas o ungüentos con mupirocina, un antibiótico recetado, que se aplican directamente sobre las llagas dos o tres veces por día durante 10 días. Antes de aplicar el medicamento, sumerge el área en agua tibia o aplica compresas con un paño húmedo durante algunos minutos.

El impétigo se puede contagiar a cualquier persona que entre en contacto con piel infectada o con artículos (como prendas de vestir, toallas y sábanas) que hayan estado en contacto con esa piel.

Es causado por *Staphylococcus intermedius*. Es una afección leve que suele pasar inadvertida y cura espontáneamente. Afecta a animales jóvenes, con pústulas sobre las zonas de piel desprovistas de pelo. Las lesiones son indoloras, apruríticas y se rompen con facilidad dejando un exudado de color amarillento. Para su tratamiento se emplean sustancias antisépticas y, en los casos más graves, antibióticos. Es importante la corrección de factores de manejo

6 Bibliografía

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

Capítulo 99

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON DAÑOS CEREBRALES

KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL

ALMUDENA DEL RÍO CORRAL

MIHAI MANZAT

JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO

SARA DOMÍNGUEZ MERINO

1 Introducción

El daño cerebral adquirido (DCA) es cuando se produce una lesión brusca en el cerebro, cuando su funcionamiento era completamente normal. Su causa puede ser un traumatismo craneoencefálico, accidentes cerebrovasculares isquémicos o hemorrágicos, tumores cerebrales, anoxia e hipoxia etc. El daño cerebral adquirido entre otras muchas cosas tiene como consecuencia la pérdida de funciones cerebrales previamente desarrolladas que implican al sistema motor y sensorial, el funcionamiento cognitivo, las habilidades de comunicación.

En España 420.064 personas viven con Daño cerebral. El 78% de los casos tienen su origen en un ictus y el 22% restante en traumatismos craneoencefálicos y otras causas.

Cada año se producen 104.071 casos nuevos.

Los ictus, también llamados accidentes cerebrovasculares, se producen por la interrupción más o menos repentina del flujo sanguíneo en una zona del cerebro. El 44% de las personas que sobreviven a un ictus desarrollan discapacidad grave por el daño resultante. Otras posibles causas de daño cerebral son anoxias cerebrales una falta de oxígeno temporal en el cerebro o infecciones por ejemplo la infección por herpes virus.

Las secuelas del daño cerebral pueden clasificarse en siete grandes áreas: nivel de alerta, control motor, recepción de información, comunicación, cognición, emociones, y actividades de la vida diaria.

La característica principal de la lesión cerebral resultante de un TCE es la alteración del nivel de conciencia. La evaluación del mismo es el mejor indicador de la gravedad de la lesión, de la mejoría evolutiva o de la aparición de complicaciones intracraneales.

La clasificación y evaluación de la gravedad de los traumatismos craneoencefálicos se realiza mediante la

Escala de Coma de Glasgow (GCS) de los autores Jennet y Teasdale (1968).

Se trata de una escala de graduación del 3 al 15 que valora tres ítems:

- Apertura de ojos.
- Respuesta motora.
- Comportamiento verbal.

2 Objetivos

Conocer la importancia que tienen los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el bienestar diario de los pacientes con daño cerebral adquirido y sus familias.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda con información de los pacientes de daño cerebral adquirido., consultando diferentes publicaciones en las principales bases de datos como: Medline, Área de Valoración de la Dependencia del Instituto de Mayores y Servicios.

Sociales (Imsero),Federación Española de Daño Cerebral (Fedace).

Palabras clave: Daño cerebral, lesión cerebral traumática, traumatismo craneoencefálico.

4 Resultados

Cuando el paciente tiene que empezar a realizar su vida diaria con limitaciones tales como alteración de la percepción, memoria, concentración y la atención.

Procesar la información también les resulta muy traumático ya que se sienten cansados faltos de motivación dado que en algunos casos tienen conciencia de la situación. Por ejemplo muy agotador no poder llevar una conversación con sus familiares o cualquier persona teniendo dificultades lingüísticas. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería del paciente hospitalizado (no en estado grave), dado que es la persona cualificada con el trato más cercano, le demostrará cariño, le situará en el tiempo y espacio. Diariamente al entrar en la habitación se identificará con su nombre, hablando y explicándole las cosas que van a realizar a si sea un aseo o alimentación o simplemente una visita para comprobar que está bien. Siempre acompañando de gestos y señales, utilizando frases cortas y todo ello asegurando siempre que nos oye y nos mira. Evitando ambientes ruidosos como la televisión, radio.

El paciente con daño cerebral adquirido necesita tiempo para procesar esa información y para responder.

Por ejemplo en caso de agnosia, el paciente no reconoce un objeto, lo que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería incide en el gesto de utilización del mismo, le explica lo que es y cómo se usa.

En los pacientes con daño cerebral adquirido es prioritaria la seguridad de la propia persona y de quien los rodean, ya que pueden sufrir estados de agitación y agresividad. El Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería al ser el personal con el trato más cercano y que pasa la mayor parte del día con el paciente en sus actividades cotidianas, suele ser el que detecta aquellas situaciones que pueden derivar en agresividad. Cuando esto ocurra le retirará los objetos a su alcance que pueden ser peligrosos, distraerá y centrará gradualmente su atención en algo mas placentero, cambiando de ambiente y su actividad.

Siempre adopta una actitud tranquila y receptiva. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería siempre le hablará con suavidad y sonriendo al paciente, manteniendo un tono de voz calmado y con volumen bajo.

5 Discusión-Conclusión

En resumen podemos plasmar que la función que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los pacientes con daño cerebral adquirido es clave, formando parte del equipo multidisciplinar.

Siempre ayudando al paciente a intentar tener una propia autonomía y siempre teniendo un guía para las realizaciones de las actividades básicas de la vida diaria como son comer y beber, realizar un cuidado de la higiene personal, vestirse etc. Todo ello afrontando la nueva situación del paciente. Todo ello con la formación y el conocimiento adecuado. Siempre teniendo una gran empatía con el paciente y sus familiares. Dándole el apoyo necesario ante las diversidad funcional de la situación.

6 Bibliografía

1. Federación Española de Daño Cerebral (Fedace).
2. Área de Valoración de la Dependencia del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero).
3. Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la aplicación del baremo de Valoración de la situación de Dependencia (CTVD)
4. Ríos-Lago M, Benito-León J, Paul N, Tirapu-Ustárroz J. Neuropsicología del daño cerebral adquirido. In TirapuUstárroz J, Ríos-Lago M, Maestú F, eds. Manual de neuropsicología. Barcelona: Viguera; 2008. p. 311-41.
5. Medline.

Capítulo 100

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON SANGRADO GASTROINTESTINAL

KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL

ALMUDENA DEL RÍO CORRAL

MIHAI MANZAT

JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO

SARA DOMÍNGUEZ MERINO

1 Introducción

El sangrado gastrointestinal es una de las complicaciones mas graves del aparato digestivo y motivo de hospitalización, el sangrado gastrointestinal es un signo de una alteración en el sistema digestivo pudiendo producirse en el tracto gastrointestinal superior o inferior. El sangrado intestinal no es una enfermedad sino el signo de una enfermedad. El sangrado gastrointestinal puede venir de una o mas zonas de las vías gastrointestinales, que abarcar el esófago, estomago, intestino delgado, intestino grueso o colon, recto y el ano. A veces la sangre no es visible o es imperceptible y solo se detecta a través de pruebas de laboratorio . Los signos del sangrado gastrointestinal dependiendo del lugar donde se origen se clasifican

:

Hemorragia digestiva alta, el tubo digestivo alto se compone del esófago, que es el conducto desde boca a estomago y comprende la primera parte del intestino delgado.

Hemorragia digestiva baja, el tubo digestivo bajo que comprende la mayor parte del intestino delgado, intestino grueso, recto y ano.

Los síntomas y signos del sangrado gastrointestinal pueden ser visibles o no, y el sangrado puede ser leve o cambiar a intenso. La sangre se puede presentar en heces o en vómitos, pero a veces no es visible. Los sangrados visibles pueden ser en forma de:

Vómitos de sangre (hematemesis) que pueden ser de color rojo, marrón oscuro o semejarse a posos de café.

El sangrado de heces negras, alquitranosas y pastosas.

El sangrado rectal, sangre roja o mezclada con heces.

Cuando el sangrado no es visible se puede producir dolor en el pecho, dolor abdominal, síncope o sentirse aturdido.

2 Objetivos

Conocer el sangrado gastrointestinal, sus síntomas y signos desde el punto de vista de el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

Consulta para la elaboración de este trabajo, se a llevado a cabo una búsqueda sistemática y comparativa de información en bases de datos científicos:

Medline, Pubmed y Scielo.

Consulta de paginas web referentes al sangrado gastrointestinal.

Revisión de artículos relacionados con el tema.

4 Resultados

El sangrado gastrointestinal es una perdida de sangre en el aparato digestivo, el sangrado puede ser leve o bastante abundante y puede provocar la muerte. El sangrado gastrointestinal se puede producir en cualquier punto del interior del aparato digestivo, desde esófago, estomago o en el intestino.

Los signos y síntomas del sangrado gastrointestinal pueden ser visibles o no, se pueden producir en cualquier parte desde el esófago hasta el ano, pudiendo ser en cualquier punto desde la boca hasta donde termina el ano (tracto intestinal), por lo tanto los signos de sangrado en el tracto digestivo superior (hemorragia digestiva alta), pueden ser en forma:

Vómitos de sangre (hematemesis) , de color rojo , marrones oscuras o como posos de café.

Heces negras o alquitranosas o pastosas y con olor fétido .

Los signos de sangrado del tracto intestinal inferior (hemorragia digestiva baja) , pueden ser:

Sangre roja brillante y a veces con coágulos o sangre mezclada con heces (hematoquecia) .

Cuando el sangrado se puede observar , la sangre roja suele provenir de un sangrado bajo (rectorragia) , si la sangre es negra de un sangrado alto (melena) , aunque puede no ser así. El medico valorara y estudiara las causas con gastroscopia (sangrado alto) o colonoscopia (sangrado bajo) . En pacientes sin signos de sangrado y con anemia por hierro , el medico solicitara prueba de sangre oculta en heces . Cuando el sangrado gastrointestinal se produce de manera repentina y es muy rápido puede producirse un choque, los síntomas de choque son :

No orinar , u orinar muy poca cantidad y en tiempos muy espaciados .

Pulso acelerado.

Mareos , pudiendo sufrir un síncope.

Sudores y piel muy pálida .

Cuando se produce un choque , donde la hemorragia es muy activa hace que el oxigeno sea insuficiente y si la hemorragia continua siendo activa , se puede producir de manera muy rápida la muerte.

5 Discusión-Conclusión

El sangrado gastrointestinal es un síntoma peligroso y es un signo de que existe una enfermedad dependerá de su localización y del sangrado que exista . Los facultativos deberán determinar de donde proviene el sangrado y según los síntomas que refiera el paciente realizara las pruebas para poder hacer un diagnostico.

Los tratamientos dependerán de la causa del sitio donde se encuentren, existe muchas causas de un sangrado gastrointestinal, hemorroides, úlceras pépticas, diverticulosis y diverticulitis. Colitis ulcerativa o ulcerosa, pólipos del colon o cáncer de colon, estomago o esafago , enfermedad Crohn , desgarrros o una inflamacion en el esofago .

Las pruebas que se utilizan para conocer las causas posibles de un sangrado gastrointestinal es la endoscopia , cuando el sangrado se produce en la parte alta del tubo digestivo, se podrá hacer una gastroscopia y cuando es en la parte ultima del intestino se podrá hacer una colonoscopia para intentar saber el punto del sangrado y así saber la causa y aplicar el tratamiento adecuado para atajarlo..

Según la información encontrada , puedo concluir desde la perspectiva del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, que ante la sospecha de un sangrado en un paciente este es un signo que puede tener unas consecuencias muy graves e informaremos de manera inmediata , al personal de enfermería o a los facultativos para su valoración .

6 Bibliografía

- 1.[https://medlineplus.gov>article](https://medlineplus.gov/article)
- 2.[https:// www.mayoclinic.org>es-es](https://www.mayoclinic.org/es-es)

Capítulo 101

LA IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA CON EL PACIENTE POR EL PERSONAL TÉCNICO AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA

SANDRA ZAPATA ANGORA

PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO

FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO

PATRICIA MEDINA FLORES

1 Introducción

La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, ponerse en sus zapatos, lo cual no implica tener las mismas opiniones ni estar de acuerdo con la otra persona.

La empatía de una persona se consigue escuchando a la otra, y que te escuchen. Es la comprensión y la manera de compartir tus sentimientos o situaciones con las personas.

En el hospital cuando un paciente lleva ingresado un largo período de tiempo necesita ser escuchado, para darle ánimos y que se sienta más cómodo, hacer la estancia más corta.

En el ámbito sanitario, empatizar, significa, percibir con profundidad el significado único y especial que cada paciente tiene de su enfermedad, la manera en que la entiende, cómo la siente o hasta el proceso que tiene de aceptación de la misma.

Es la capacidad de entender las emociones de los pacientes o de sus familiares, así como sus perspectivas y experiencias.

El comportamiento empático favorece una buena alianza terapéutica posibilitando que los pacientes den más información sobre sus síntomas, se muestren más comprometidos con el tratamiento, es decir que se impliquen más, y con mayores niveles de satisfacción, disminuye la ansiedad e incrementa la calidad de vida del paciente, conocer y comprender al otro y también compartir su estado emocional.

2 Objetivos

Exponer la importancia de tratar de forma empática al paciente por parte del TCAE

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica , sobre la empatía, en bases de datos como Medline , Scielo, Pubmed y Google Académico.

Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas, y artículos encontrados de empatía con el paciente hospitalizado, bibliografías variadas del ámbito sanitario.

4 Resultados

Si el TCAE tiene empatía, le resulta mucho más fácil comprender al paciente.

Cuando uno mismo es empático, es capaz de analizar el estado de ánimo de la persona ingresada, y saber en qué situación emocional se encuentra, por el tono de voz, sentimientos y los gestos que nos hacen en el momento de la escucha.

Los TCAE son los sanitarios que más se esfuerzan en mantener una buena comunicación con el enfermo, mostrando interés hacia la otra persona, preocupándose por su estado de salud, intentando favorecer el intercambio de información, y así obtener mejor los signos y síntomas que se perciben, para poder conseguir una

mejora en su tratamiento por parte del paciente y lograr una satisfacción a la calidad del trato recibido por su parte, la de los familiares, y todos los sanitarios. Preguntar al paciente: como se encuentra, que le preocupa, si necesita preguntar algo.

La empatía y la comunicación asertiva es una muy buena herramienta para la comunicación y la forma de tranquilizar al paciente.

El TCAE es clave en su curación, mediante la escucha activa, la empatía y sus cuidados de calidad, le dan al paciente confianza y seguridad ayudando de esta manera a que tenga una pronta recuperación.

Gracias a la paciencia, dedicación del TCAE esta situación se lleva de forma más normalizada, y controlada.

El TCAE es un profesional que debe un comportamiento de comunicación activa, empatía y que aporte confianza al paciente, esto facilitará mucho el trabajo durante los procesos más complicados y que hará que los pacientes se sientan más cómodos y protegidos.

La empatía es una característica fundamental, en la relación que va a tener lugar entre el TCAE y el paciente, desde el momento que este tiene contacto con la institución sanitaria, como es el hospital.

Tanto el TCAE como cualquier miembro del equipo sanitario no debe emitir juicios de valor sobre la otra persona y debemos de esforzarnos en mantener la escucha activa durante el proceso de comunicación, del mismo modo que la otra persona nos entienda lo que queremos transmitirle.

5 Discusión-Conclusión

La empatía en la sanidad es de vital importancia en todos los niveles y aspectos que realizamos los sanitarios en nuestro día a día y de forma directa con el paciente; de esta manera conseguimos tener y adoptar un buen equipo de trabajo. La empatía incide de forma proporcional en la calidad de asistencial, dentro del ámbito sanitario, por lo que es fundamental que se tenga esta cualidad y no solamente el trabajo propio de los roles profesionales.

Podemos concluir que la empatía es un elemento de vital importancia en la asistencia sanitaria, a todos los niveles y en especial con respecto a los TCAE que están realizando su trabajo de forma directa con el paciente, durante la totalidad de su turno laboral.

6 Bibliografía

1. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud 2ª edición España: Elsevier España 2010.
2. www.wikipedia.org
3. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al paciente, Editéx, xuletas.es, Scielo.e

Capítulo 102

EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON HERPES ZOSTER

MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA

SANDRA ZAPATA ANGORA

PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO

FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO

PATRICIA MEDINA FLORES

1 Introducción

El herpes zóster es una infección, la cual frecuentemente causa una erupción en la piel muy dolorosa. Debemos saber que el herpes zóster se puede manifestar en cualquier parte del cuerpo, pero en la mayoría de las veces aparece como una sola zona lineal de ampollas que envuelve el lado derecho o izquierdo del torso. Aunque estas erupciones se pueden dar en otras partes del cuerpo como la cara, extremidades, etc.

El herpes zóster es causado por el mismo virus que causa la varicela. Después de haber tenido varicela, el virus puede permanecer inactivo en el tejido nervioso del cuerpo cerca de la médula espinal y el cerebro. Pero tenemos que tener en

cuenta que el virus puede reactivarse como herpes zóster en cualquier momento, no importa la edad, pero normalmente la varicela se pasa en la infancia y el herpes zóster suele darse en la edad adulta.

El herpes zóster no es una enfermedad en la que la vida pueda correr riesgo, pero suele ser muy dolorosa. Las vacunas pueden ayudar a reducir el riesgo de tener herpes zóster. Es muy importante saber que poner un tratamiento rápido puede ayudar a que la infección por herpes zóster sea más corta y así disminuir la posibilidad de complicaciones. Una de las complicaciones más comunes es la neuralgia posherpética, que hace que el herpes zóster duela durante mucho tiempo después de que las ampollas desaparezcan.

2 Objetivos

Describir e indicar el comportamiento y características del virus del herpes Zóster por parte del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Caso clínico

Mujer de 30 años de edad, que acudió a la consulta de su médico de atención primaria, por prurito y luego dolor intenso que define como "punzadas" ubicado en el lado izquierdo de la región lumbar, después aparecieron unas pápulas irradiadas hacia delante que se extendieron hasta la región suprapúbica izquierda.

En un principio se le diagnostica de una alergia quizás por el uso de una faja que usa para trabajar. Se le recetan antihistamínicos orales y tópicos, pero no tuvo una buena evolución y las pápulas se convirtieron en vesículas dolorosas y no podía tolerar ni el roce de la ropa en esa zona. Por este motivo otra vez al centro de salud.

En la anamnesis se destacó que la niña enfermó de varicela a los 5 años de edad y hace 2 semanas antes de la primera consulta, el hermano de 5 años estuvo con varicela. A la inspección se observó vesículas en racimos de uvas que van de los dermatomas lumbares L3 a todas la ramas que inervan la zona abdominal, estas lesiones eran muy dolorosas sobre todo a la palpación. Con todos estos antecedentes se llegó al diagnóstico de Herpes-Zoster.

Se realizó tratamiento con aciclovir por 7 días, y nolitil en ampolla para el dolor. Según la paciente el dolor fue desapareciendo sobre el tercer día, las lesiones se fueron secando poco a poco completamente y se fueron cayeron las costras también poco a poco sin dejar ninguna marca ni secuela, todo esto más o menos tardó en ocurrir sobre a los 18 días. Su médico de cabecera decidió hacerle un

seguimiento semanal durante un mes para observar que no presentarse ningún dolor post herpético. Lo cual fue todo muy bien y no presentó ningún síntoma posterior.

4 Discusión-Conclusión

El herpes zóster se manifiesta como lesiones vesiculosas agrupadas en uno o dos dermatomas adyacentes y con frecuencia, el exantema suele ser leve al principio pero llegando a desarrollar nuevas durante varios días. Cuatro a cinco días antes de la aparición de la erupción, los pacientes normalmente experimentan dolor de intensidad variable, que puede ser leve o muy fuerte, comúnmente suele ser un dolor muy fuerte y de distribución dermatomal. Generalmente, la erupción es unilateral, pero a veces puede cruzar la línea media y comprometer el lado contralateral. Las vesículas se transforman en costra en el curso de cinco a quince días y en el 90% de los pacientes menores de 20 años el trastorno se resuelve en una a dos semanas. Al contrario de lo que ocurre en los adultos, en los niños raramente se asocia con dolor localizado, hiperestésias, prurito y febrícula.

5 Bibliografía

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

Capítulo 103

TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL PROCESO DEL ANCIANO DESNUTRIDO

MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA

SANDRA ZAPATA ANGORA

PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO

FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO

PATRICIA MEDINA FLORES

1 Introducción

El cuerpo humano necesita nutrientes como hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales, vitaminas y agua. Con ello, obtiene la energía y los elementos necesarios para el correcto funcionamiento de nuestro cuerpo.

La desnutrición sucede cuando el cuerpo no obtiene suficientes nutrientes de los alimentos que ingiere y se produce una descompensación entre la ingesta y las necesidades energéticas. Esto se traduce, en un deterioro progresivo físico y mental.

A medida que la población española envejece, la preocupación por la desnutrición en personas mayores va en aumento.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontológica (SEGG) recomienda una dieta para el anciano compuesta en un 60% de animales y un 40% de vegetales.

Los adultos mayores de 65 años, son los que mayor riesgo tienen de sufrir síntomas de desnutrición.

Según la Academia Española de Nutrición y Dietética, en España, el porcentaje de riesgo de desnutrición en personas mayores que viven en su domicilio es del 5%, mientras que si viven en residencias el porcentaje puede aumentar hasta el 23%.

Existen varios factores por los que un adulto mayor puede perder el apetito, no ingerir comida suficiente y comience a presentar signos de desnutrición.

Factores fisiológicos, debidos al envejecimiento.

- Dificultad para masticar los alimentos. Esto se produce porque la mayoría de los ancianos tienen desajuste en sus dentaduras, falta de piezas dentarias o disminución de la salivación.
- Existe una disminución de las vellosidades y del flujo sanguíneo en el intestino. Esto conlleva, una reducción en la absorción de los nutrientes.
- Alteraciones en los sentidos. Es frecuente la pérdida de visión y la alteración del sentido del gusto y olfato.
- Reducción de motilidad intestinal y esofágica.

Factores patológicos. Enfermedades crónicas

- Enfermedades cerebrovasculares como el ictus.
- Cáncer
- Enfermedades del sistema digestivo o disfagia.
- Alteraciones visuales. Influyen en la preparación de las comidas.
- Alteraciones neurológicas
- Demencias
- Diabetes
- Úlceras, fracturas, osteoporosis.

Factores sociológicos y psicológicos.

Los bajos ingresos de una gran parte de esta población, influye en la calidad y variedad de la cesta de la compra.

Los hábitos y costumbres alimenticias se ven alterados por la enfermedad, invalidez o muerte del cónyuge. Todo esto desemboca en depresiones, soledad y pérdida del interés por una alimentación adecuada.

Factores relacionados con el consumo de fármacos.

Gran cantidad de fármacos, producen efectos secundarios como náuseas, anorexia o estreñimiento entre otros. El consumo por los mayores de una gran cantidad de medicación para sobrellevar sus patologías, alteran de manera muy importante una nutrición adecuada.

2 Objetivos

Exponer e indicar las funciones y cuidados del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante la desnutrición del anciano.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema en distintas fuentes. Por un lado, fuentes primarias como revistas y libros y por otro, fuentes secundarias, como las bases de datos Medline Plus y Pubmed.

Los criterios de inclusión utilizados son: temas relacionados con la desnutrición del anciano. Textos en español, con disposición completa y gratuita y sin restricción en el año de su publicación.

Los criterios de exclusión son: publicaciones en un idioma distinto del español.

Palabras clave: anciano, apetito, alimentación, alteración

4 Resultados

Muchos problemas asociados a la tercera edad, empeoran como consecuencia de una mala alimentación. Diferenciar los signos del envejecimiento, de los síntomas de la desnutrición es necesario para poner en marcha un plan de alimentación que ayude a la recuperación de la persona mayor.

Los signos de alerta más importante de desnutrición son: Pérdida de peso, deshidratación, aparición de edemas en las extremidades, retención de líquidos, disminución de la cantidad de alimentos ingeridos, problemas en la piel o cansancio.

Una vez identificados los síntomas y sabiendo cual es el origen del problema, se pondrá en marcha el plan de recuperación que va más allá de lo meramente alimenticio.

Cuidados generales.

- Colocaremos al mayor sentado y que coma siempre en el mismo sitio para evitar que se desoriente.
- Observaremos que el mayor se coloca la dentadura postiza para comer.
- Nos aseguraremos que la temperatura de los alimentos es la adecuada.

Aumento de calorías.

- Las comidas serán poco abundantes y frecuentes.
- Suministrar el mayor aporte de proteínas y calorías en aquella comida en la que el anciano tenga más apetito.

- Usar suplementos alimenticios prescritos por el médico.
 - Variar el menú, para hacerlo más atractivo.
 - Añadir mantequilla, leche, queso y trozos de carne siempre que sea posible.
- Reducir estímulos nocivos.
- Dolor. Tratar de realizar los procedimientos dolorosos después de las comidas, no antes. Cuidaremos que el ambiente a la hora de comer sea agradable, y si es necesario se solicitará al médico analgésicos para calmar el dolor.
 - Fatiga. El anciano descansará antes de las comidas.
 - Náuseas o vómitos. Para evitarlos es conveniente: sentar al anciano después de comer, que coma lentamente y poca cantidad, comidas frías siempre que sean posibles, aflojar la ropa que le puedan comprimir el abdomen y evitar la bebida que líquidos antes de las comidas ya que crean sensación de plenitud
- Problemas sensoriales o perceptivos.
- Indicarle al anciano que se coloque las gafas.
 - No colocar la comida en un lugar que no entre dentro del campo de visión del anciano.
 - Que los alimentos puedan cogerse con la mano.
 - Ayudarle para que el mayor localice los cubiertos y comida.
 - Averiguar sus hábitos y proporcionarle la comida acorde con ellos.
- Pérdida de movilidad.
- Proporcionarle aparatos de adaptación.
 - Ayudarle a mejorar su independencia ante la nueva pérdida de movilidad.
- Deficiencias cognitivas.
- Animar a la persona para que preste atención a la tarea que realiza.
 - Asegurarse que no queda comida en los carrillos del anciano.
 - Tratar de impedir que exista atragantamiento.
 - Supervisar el momento de las comidas y ver si aparecen episodios de fatiga o agitación.

El plan de recuperación también incluirá dos variables importantes, como son: fomentar el ejercicio, preferiblemente al aire libre. Ya que un poco de actividad incrementará el apetito y fomentar el contacto social, las actividades con otras personas, los almuerzos con la familia o las tardes con los amigos. Esto hará que el anciano se encuentre más animado y coma mejor.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desarrolla un papel muy importante en la nutrición del anciano, al tener un contacto con él durante largos periodos de tiempo.

Es fundamental que el TCAE realice tareas de prevención y que apoye al anciano para que no decaiga su ánimo y así colabore mejor en las tareas de educación y alimentación.

Por lo expuesto anteriormente, vemos lo importante que es que el TCAE y la familia conozcan los síntomas de la desnutrición y la forma para atajarlos a la mayor brevedad posible, para evitar el deterioro de la salud del anciano y que el anciano se comience a deprimir al verse mermado en sus fuerzas para afrontar el día a día.

6 Bibliografía

1. Jesús Santos Franco. Desnutrición y Deshidratación. En: Juan Vicente Beneit Montesinos/ Andrés Pérez Melero/Jesús Santos Franco/Domingo Palacios Ceña. Manual de formación para gerocultores. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.p.187-199.
2. Desnutrición en adultos mayores: signos de alerta y riesgos (internet). Barcelona: Cuida Care Marketing; 2020. Disponible en: <https://cuideo.com/blogcuideo/desnutricion-en-adultos-mayores-signos-de-alerta-y-riesgos/>.
3. M^a Victoria López. Signos de alerta de la desnutrición en ancianos (internet). Valencia: Cuidum Tech SL.;2020. Disponible en: <https://www.cuidum.com/blog/signos-de-alerta-de-la-desnutricion-en-ancianos>.

Capítulo 104

MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LAS QUE TIENE COMPETENCIA EN SU RECOGIDA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ELDA PITA LÓPEZ

1 Introducción

La Ley 14/2007 de investigación biomédica define como muestra para el diagnóstico clínico cualquier material humano donde se incluye la sangre y sus componentes, los líquidos corporales, fluidos tisulares, excreciones y secreciones.

Con el análisis en el laboratorio clínico de las muestras biológicas se obtiene información sobre el estado de salud de una persona. Dicha información puede utilizarse para establecer un diagnóstico, evaluar una evolución y/o pronóstico de una enfermedad, valorar la efectividad de un tratamiento, etc.

La toma de muestras biológicas se realiza para poder analizarlas desde un punto de vista hematológico (analiza los cuerpos formes de la sangre), bioquímico (analizando los componentes químicos de los distintos líquidos y fluidos corporales como la sangre, orina, líquido cefalorraquídeo (LCR), etc.), microbiológico (detectando la presencia de gérmenes en las distintas muestras) e inmunológicos.

Para que el resultado del análisis de la muestra realizado en el laboratorio sea correcto no es suficiente con que se lleve a cabo de forma perfecta, siguiendo los procedimientos validados adecuadamente y bajo la supervisión de profesionales experimentados.

La calidad de la prueba depende del cumplimiento en cadena de una buena práctica que comienza con la petición por parte del médico responsable y preparación del paciente para la extracción u obtención de la muestra y termina cuando el resultado llega al profesional que solicitó la prueba. El proceso de análisis de muestras consta de tres etapas:

- Preanalítica: en esta etapa se prepara al paciente (dieta, medicación, ayuno, etc.) y el material necesario para la recogida de las muestras, dependiendo de la petición que haga el médico, para su posterior almacenamiento y transporte al laboratorio, donde se realizarán los análisis solicitados.
- Analítica: realización de las determinaciones analíticas por parte del analista y los profesionales del laboratorio, hasta que se emite el informe con los resultados obtenidos en el análisis.
- Postanalítica: etapa en la que el informe llega al médico que formuló la solicitud de la prueba o pruebas y que van a permitir evaluar los resultados obtenidos para llegar a un diagnóstico, prescribir un tratamiento, etc. que considere más adecuado.

Existen factores preanalíticos que pueden afectar de forma decisiva a la calidad de los resultados finales. Algunos factores relacionados con el paciente son inmodificables y por tanto no controlables, es decir, que no se puede actuar sobre ellos (edad, sexo, raza, etc.), sin embargo una correcta identificación de los mismos puede ayudar a evitar interpretaciones erróneas.

Hay factores preanalíticos que sí son modificables y sobre los que conviene actuar adoptando medidas de homogeneización para así poder minimizar la influencia que dichos factores ejercen sobre el resultado final.

Las muestras se pueden obtener en:

- El laboratorio donde se realiza el análisis, como es el caso de los pacientes ambulatorios (no hospitalizados).
- El domicilio del paciente, en casos en que éste no puede desplazarse al labora-

torio.

- La planta de hospital, cuando el paciente se encuentra ingresado.

Para la toma de las muestras hay que seguir unos procedimientos:

1- Antes de los procedimientos hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Identificar al paciente y comprobar que los datos que se tienen son correctos.
- Preparar al paciente: explicarle con antelación suficiente y en función de la preparación las determinaciones que se requieran en términos que comprenda, decirle en qué puede colaborar y la importancia de que lo haga, proporcionarle la información necesaria (sobre todo si la obtención de la muestra la tiene que realizar él mismo), intimidad a la hora de realizarle los procedimientos, ayudarlo a que adopte la mejor posición.
- Preparación del material y equipo para la obtención de las muestras: reunir el material necesario y comprobar que es el adecuado para las determinaciones solicitadas, asegurar que los materiales se conserven en condiciones de esterilidad tanto antes como después de la ejecución de los procedimientos, identificar los recipientes en los cuales se van a recoger las muestras, comprobar que la petición se encuentra debidamente cumplimentada.

2- Durante los procedimientos:

- Observar e intentar conocer los temores del paciente con relación a los procedimientos a realizarle, intentar ganarse su confianza y tranquilizarle para obtener su colaboración.
- Mantener las agujas o materiales que le puedan ocasionar ansiedad, sobre todo en niños, fuera del alcance de su vista tanto como sea posible.
- Ayudarlo a que adopte la posición más adecuada según el tipo de prueba a obtener.
- Cerciorarse de la viabilidad de la obtención de la muestra, no iniciando el procedimiento si no se tiene completa seguridad sobre ello.
- Actuar con rapidez y confianza.
- Si la toma de la muestra, por su especial complejidad, no la realiza el Técnico

en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), colaborar con el DUE o con el personal facultativo en su obtención.

- Observar, en todo momento, las reacciones del paciente durante el procedimiento para así poder actuar de forma adecuada en caso de que se produzcan situaciones imprevistas.

3- Después de los procedimientos:

- Aplicar las medidas necesarias para intentar evitar riesgos posteriores a la obtención de las muestras.
- Observar con atención a la posible aparición de reacciones adversas en el paciente, sobre todo si la obtención ha sido traumática, compleja, delicada o difícil.
- Anotar toda la información necesaria en los registros de enfermería y en todos aquellos en que fuese necesario.
- Asegurar el envío al laboratorio de las muestras biológicas en el menor tiempo posible y con los requerimientos indicados en los protocolos y procedimientos correspondientes, así como la información complementaria que fuera necesaria.

2 Objetivos

- Conocer los procedimientos que hay que en la toma de muestras biológicas y los métodos a seguir para su obtención.
- Saber exactamente en qué tipo de muestras la recogida de las mismas es competencia del TCAE.

3 Metodología

El método utilizado en el presente trabajo, en el que se ha llevado a cabo una investigación, es una revisión bibliográfica de libros, documentos y artículos científicos.

Para iniciar la investigación lo primero ha sido definir los objetivos que se querían conseguir con la misma, para una vez elegidos, realizar una búsqueda y cribado adecuado.

Se han tenido en cuenta los documentos, artículos y libros que trataran el tema de las muestras biológicas clínicas, la competencia que tiene el TCAE y los métodos utilizados en la recogida de las mismas.

En la búsqueda se ha utilizado el navegador google. Se han consultado diferentes bases de datos y páginas especializadas como MedlinePlus, revista médica Ocronos, academiamengar, sampac.es, biblioteca.ucn.edu.co.

4 Resultados

Tipos de muestras biológicas en las que el TCAE tiene competencia en su obtención.

1- Muestras de orina

A- Valoración Preanalítica

- Color. El color normal de la orina es amarillo, si no es así se deberá a diversas patologías, por ejemplo: coloración rojiza (hematuria), parda (abundante bilirrubina directa), pardo-naranja o rojo-naranja (urobilina), pardo-amarilla o pardo-verdosa (si la espuma es blanca-la orina es muy concentrada, si la espuma es amarilla-bilirrubina), etc.

- Turbidez: la orina normal es completamente transparente, aunque puede adoptar un aspecto algo turbio si hay sales y cristales, sobre todo si la orina es concentrada y permaneció un tiempo en reposo. También es normal encontrar hilos de mocos de las vías urinarias.

Si la turbidez aparece en la orina recién emitida puede ser por: presencia elevada de bacterias u hongos, cantidad importante de hematíes o leucocitos, líquido prostático, alteraciones del pH, etc.

- Olor: La orina normal tiene un olor característico que será más intenso si está concentrada, sólo en la insuficiencia renal aguda la orina puede carecer de olor.

Cuando la orina está contaminada y no es válida para la muestra, exhala un olor amoniacal debido a la degradación de la urea.

La orina puede ver alterado su olor si el paciente presenta enfermedades como: enfermedad de la orina o jarabe de arce (olor a jarabe de arce), tirosinemia (olor rancio) y fenilcetonuria (olor a ratones).

B- Recogida de muestras

1- Para análisis elemental o de rutina:

Se recoge una única muestra de una micción, siendo la más idónea la de primera micción de la mañana, y no es necesario que ésta sea estéril, aunque se guardarán correctas medidas de higiene y asepsia. Los estudios a realizar son:

- Las características físicas generales de la orina (color, densidad, cantidad, olor, etc.).
- Pruebas bioquímicas (cantidad y presencia de nitratos, proteínas, glucosa, sangre, etc.).
- Examen microscópico del sedimento centrifugado (para ver si hay o no cristales, células, etc.).

2- Para Urocultivo: es un estudio microbiológico de la orina para detectar infección urinaria.

La muestra que se recoge es de la mitad de la micción, para evitar la contaminación de la misma por microorganismos que normalmente hay en la uretra distal. Se extremarán las precauciones y condiciones de asepsia en el equipo y en el procedimiento de recogida y manipulación.

3- Orina 24 horas (diuresis): su principal objetivo es el análisis cuantitativo y la realización de pruebas funcionales.

Procedimiento para análisis elemental o rutinario y para urocultivo:

Material necesario:

- Equipo de higiene genital.
- Recipiente de recogidas de muestras (éste será estéril para urocultivo).
- Guantes desechables.

Método:

- Informar al paciente sobre el procedimiento y lograr su colaboración.
- Si el paciente puede recoger la muestra por sí mismo se le explicará cómo hacerlo. Si no es así, el TCAE se lavará las manos y se pondrá guantes y colocará la cuña o botella al paciente. Si es para un urocultivo lavará al paciente el área genital con una solución limpiadora.
- Se recoge la muestra en el bote o frasco, éste será estéril si es para urocultivo y

se desecha la primera parte de la micción.

- Si el paciente tiene sonda vesical, la muestra se puede recoger de la bolsa de orina si es para elemental o rutina; si es para urocultivo, pinzar la sonda 30 minutos, posteriormente desinfectar la zona de la sonda donde se va a pinchar con una jeringa estéril y extraer 5 ml de orina, éstos pasarlos al bote estéril y despinzar la sonda.
- Se tapa el bote y se identifica con etiquetas del paciente.
- Recoger los materiales y la habitación, acomodar al paciente.
- Quitar los guantes y lavar las manos.
- Enviar la muestra al laboratorio con el volante de petición, si no se puede ser antes de 2 horas, mantenerla en la nevera.

Procedimiento para orina 24 horas:

Material necesario:

- Recipientes graduados de boca ancha y gran capacidad.
- Guantes desechables.

Método:

- Informar al paciente sobre el procedimiento y lograr su colaboración para que guarde la orina en el recipiente graduado, si puede realizar la recogida él mismo. Sino se le pone la cuña o botella y se pasa al recipiente.
 - Iniciar la recogida a las 8 de la mañana de un día y finalizar a las 8 de la mañana del día siguiente. Se desecha la primera orina del día que se inicia la recogida, si se recoge la orina de las 8 de la mañana del día siguiente.
 - Para la obtención de la muestra de orina 24 horas en paciente con sonda vesical se procederá a poner una bolsa de orina nueva a las 8 de la mañana del día que se inicia la recogida y a retirarla a las 8 de la mañana del día siguiente cambiándola si fuera necesario.
 - Finalizada la recogida enviar al laboratorio una muestra bien homogeneizada del total de la orina recogida (alícuota) con el volante de petición y anotar la cantidad total de la diuresis en él.
- Existe una variante de la orina de 24 horas y es para la determinación de cate-

colaminas, para ello se recoge orina en un bote opaco con ácido clorhídrico. Se excluirá de la dieta del paciente algunos alimentos y ciertos medicamentos (anti-hipertensivos).

2- Muestras de heces:

Las heces son los productos de desecho que se originan en el tubo digestivo. El colon conduce estos desechos por el recto para eliminarlos a través del ano. Están compuestos por restos alimenticios, minerales, microorganismos, etc.

A- Valoración Preanalítica

Parámetros a tener en cuenta a la hora de valorar o inspeccionar las heces:

- Color: normalmente son de color amarillento en el lactante y pardusco (marrón) en el adulto.

A- Heces marrones: situación normal.

B- Heces blancas: sospecha de obstrucción biliar.

C- Heces negras: sospecha de sangrado del tracto superior gastrointestinal.

D- Heces rojas: sospecha de sangrado del tracto inferior gastrointestinal.

E- Heces pálidas: dieta pobre en carnes.

F- Heces verdes: sospecha de infección intestinal.

- Consistencia: normalmente son blandas y pastosas.

A- Heces formadas, blandas, semisólidas: heces normales.

B- Heces duras y secas: sospecha de deshidratación o falta de fibra en la dieta, etc.

C- Heces líquidas: diarrea, aumento del peristaltismo intestinal.

- Olor: si es muy penetrante, sospecha de infección o sangre.

B- Recogida de muestras

Tipos de estudios que se pueden llevar a cabo:

- Estudio microbiológico: al que se le llama coprocultivo. La muestra será de heces recién emitidas y la cantidad mínima necesaria de 1 o 2 gr., si son heces pastosas o formadas y entre 5 y 10 ml si son líquidas.

- Estudio bacteriológico: recoger en recipiente estéril y enviar rápidamente al laboratorio ya que muchos patógenos intestinales pueden morir o enmascarar

su presencia por el sobrecrecimiento de la flora microbiana normal.

- Estudio parasitológico: recoger en recipiente estéril, seco y hermético.
- Examen de oxiuros (parche de Jacobs o panel adhesivo): tomar la muestra a primera hora de la mañana antes de defecar y lavar la zona. Separar los glúteos mediante tira adhesiva (papel, sello, etc.) y pegar durante unos momentos en las paredes del ano para así arrastrar los huevos que deposita la hembra durante la noche, posteriormente pegar sobre un porta-objetos y enviar al laboratorio.

Normas a seguir para una correcta recogida de la muestra:

1- Para sangre oculta en heces: a- No comer tres días antes de la recogida alimentos como: embutidos, picantes, frutas, rábanos ni tomates. b- No tomar aspirina o producto que en su composición contenga ácido acetilsalicílico. Tampoco tomar vitamina C o producto que la contenga (ej. cítricos). c- Tomar dieta rica en residuos (Verduras, ensaladas, pan integral, etc.). d- Recoger dos muestras de lugares distintos de las heces.

2- Para determinación de la digestión de principios inmediatos en heces. Tres días antes de la recogida añadir a la alimentación: 150 gr de carne a la plancha, 100 gr de mantequilla y 150 gr de patatas. Al cuarto día recoger la muestra en el frasco que se envía desde el laboratorio.

Procedimiento

Material necesario:

- Guantes desechables.
- Cuña.
- Frasco contenedor debidamente etiquetado.
- Depresor lingual, si el frasco no tiene cucharilla.
- Equipo de aseo para la zona ano-genital (agua, jabón, gasas o suero fisiológico y batea), excepto para el examen de oxiuros que se recoge la muestra antes del lavado.

Método:

- Explicar al paciente el procedimiento y solicitar su colaboración.
- Lavar las manos y poner los guantes.
- Colocar la cuña al paciente y pedirle que defeque, avisarle de que no orine en la cuña.

- Recoger la muestra con el depresor o la cucharilla del frasco e introducirla en él y enviar al laboratorio con el volante de petición, si no es posible inmediatamente, conservar nevera.
- Asear y acomodar al paciente.
- Recoger los materiales.
- Quitar los guantes y lavar las manos.
- Anotar el procedimiento en la hoja de enfermería.

3- Muestra de esputos:

El esputo es una mezcla de secreciones del tracto respiratorio inferior y superior, generalmente el solicitado en las pruebas es del tracto respiratorio inferior.

A- Valoración Preanalítica

- Normal: aspecto acuoso y claro; si presenta una pequeña opacidad es por el material celular en suspensión.

- Anormal:

A- Seroso: líquido.

B- Mucoso: blanquecino y muy adherente donde predomina el moco.

C- Purulento: contiene pus.

D- Sanguinolento: contiene sangre en pequeña cantidad.

- Pueden combinarse tipos de esputos: sanguinolento y purulento (tuberculosis), seroso purulento, mucopurulento (color amarillo-verdoso y viscoso, etc.), seroso y sanguinolento (edema agudo de pulmón).

B- Recogida de muestras

Se recomienda coger el primer esputo de la mañana en envase estéril con cierre de rosca.

Tipos de análisis de esputos:

- Macroscópico: analiza cantidad, olor, aspecto y consistencia.
- Microscópico: estudia la presencia de células, gérmenes, etc. Recoger durante tres días consecutivos (cultivo de Lowestein-Jensen para tuberculosis).

Procedimiento

Material necesario:

- Guantes desechables.
- Toalla o pañuelos desechables.
- Recipiente estéril debidamente etiquetado

Método:

- Explicar al paciente el procedimiento y solicitar su colaboración.
- Lavar las manos y poner guantes.
- Pedir al paciente que se enjuague la boca para impedir contaminar la muestra.
- Recoger la muestra en el recipiente estéril y enviar al laboratorio con el volante de petición antes de dos horas, si no es posible conservar en nevera.
- Recoger los materiales.
- Quitar los guantes y lavar las manos.
- Anotar el procedimiento en la hoja de enfermería.

4- Muestra de vómitos:

El vómito es la expulsión del contenido gastroduodenal o intestinal por la boca hacia el exterior. Puede llegar contenido gástrico a la boca y no ser vómito, sino regurgitación.

A- Valoración Preatalítica

- Cantidad: importante para establecer el balance hidro-electrolítico.
- Naturaleza: vómito alimenticio (comidas recientes), vómitos fecaloideos (indican obstrucción intestinal).
- Olor: putrefacto (puede ser por estenosis de píloro), nauseabundo (puede indicar presencia de sangre).
- Horario: vómitos matutinos, vómitos postprandiales (después de comer).

B- Recogida de muestras

Tipos de vómitos:

- Vómitos reflejos: vómitos gástricos (el punto de partida es el estómago: gastritis aguda, cáncer gástrico, etc.) y vómitos extragástricos (por apendicitis, hepatopatías, etc.).
- Vómitos centrales: causados por tumores del cráneo, vómitos histéricos, etc.

Procedimiento

Material necesario:

- Guantes desechables.
- Batea.
- Toalla o pañuelos desechables.
- Recipiente estéril debidamente etiquetado.

Método

- Explicar al paciente el procedimiento y solicitar su colaboración.
- Lavar las manos y poner los guantes.
- Recoger el vómito en la batea, pasar muestra al recipiente estéril y enviar al laboratorio con el volante de petición.
- Recoger el material.
- Quitar los guantes y lavar las manos.
- Anotar el procedimiento en la hoja de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería conozca en qué tipos de muestras biológicas clínicas tiene competencia para su obtención y posterior análisis. Igualmente debe saber que además de la recogida de muestras en las que tiene competencia, existen otras que dependiendo de quien obtenga la muestra, enfermero (DUE) o Facultativo, puede ser necesaria su colaboración.

Muy importante que siempre se le explique al paciente el procedimiento que se le va a realizar así como pedirle la colaboración que pueda prestar, antes de iniciar la recogida de la muestra.

Saber que es imprescindible realizar la recogida de las muestras con las máximas condiciones de asepsia durante el método seguido para su obtención, para evitar la contaminación de la muestra y así poder obtener su análisis con resultados válidos.

6 Bibliografía

1. Pruebas de Laboratorio [Internet] [última actualización 31 de Agosto de 2021]. Disponible en : <https://medlineplus.gov/spanish/laboratorytests.html>.
2. Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la toma de muestras biológicas [Internet] [citado el 27 de Diciembre de

2020]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-toma-muestras-biologicas/>.

3. Técnicas Básicas de Enfermería. McMillan Profesional [Internet] [citado el 7 de Junio de 2020]. Disponible en : <http://biblioteca.ucn.edu.co/Coleccion/Enfermer%C3%ADa/T%C3%A9cnicas%20b%C3%A1sicas%20de%20enfermer%C3%ADa.pdf>.

4. Auxiliar de Enfermería del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Temario Parte Específica Volumen 2. 7 Editores Recursos para la Cualificación Profesional y el Empleo, S.L.L. (7 Editores). Primera Edición, Agosto 2018.

5. Muestras Biológicas y su Recogida [Internet] [citado en 2014]. Disponible en: https://www.academiamengar.es/global/MisArchivos/Documentos/Aux_Enferm_ERA/Material%202/muestras.pdf.

6. Manual de obtención y manejo de muestras para el laboratorio clínico [Internet] [citado en Agosto de 2009]. Disponible en: https://sampac.es/images/site/documentacion/protocolos/otros/Manual_Obtencion_y_Manejo_Muestras_1.pdf.

7. Higiene del Medio Hospitalario. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. E.(2008).

Capítulo 105

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE DE SALUD MENTAL

SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ

MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ

LAURA RISCOS RODRÍGUEZ

NATALIA MAZA PUJALTE

PAULA PARDO GOMEZ

1 Introducción

Una enfermedad o trastorno mental consiste en una alteración emocional, cognitiva y/o de comportamiento de la persona. Esto conlleva que el individuo, el mayor o menor medida, no pueda desarrollar su vida de forma completamente normal.

La Psiquiatría es la rama de la medicina encargada de la Salud Mental, tratando al paciente con programas psicoterapéuticos y/o farmacológicos.

En la Unidad de Salud Mental se encuentra un equipo multidisciplinar, muy importante siempre pero aún más si cabe con este tipo de pacientes en los que

se aprecia mayor vulnerabilidad y requieren más atención en muchos aspectos. Por ello, es importante que todo el personal que trabaja en este tipo de servicios reciba una formación específica y adecuada al tipo de pacientes que se van a tratar, así como deben conocer una serie de protocolos y procedimientos básicos ante pacientes agitados.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es una de las figuras más cercanas al paciente en este tipo de unidades, donde la finalidad es conseguir el bienestar a nivel físico y psíquico del individuo, por lo que es importante conocer cuáles son sus funciones para poder ofrecer una mejor calidad asistencial.

A día de hoy, uno de los aspectos más importantes de la Salud Mental consiste en avanzar hacia una sociedad libre de los prejuicios tradicionalmente impuestos a los pacientes que padecen algún problema de este tipo para poder así contribuir hacia su integración en el mundo y poder brindarles unos cuidados de mayor calidad, siendo el principal objetivo su bienestar biopsicosocial.

2 Objetivos

- Describir las principales unidades y dispositivos de Salud Mental.
- Conocer las funciones del TCAE en la atención y cuidados al paciente de Salud Mental.
- Enumerar algunos de los diferentes tipos de trastornos mentales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para conocer más acerca del paciente Salud Mental, se puede comenzar por describir los diferentes dispositivos y unidades de atención al mismo:

- Unidad de salud mental comunitaria, que consiste en un dispositivo básico de atención especializada, constituyendo su primer nivel.
- Unidad de hospitalización de salud mental.

- Unidad de salud mental infantojuvenil, destinada a la población infantil y adolescente.
- El hospital de día de salud mental, que consiste en una hospitalización parcial y se configura como un recurso intermedio.
- La unidad terapéutica de la salud mental, siendo un dispositivo asistencial dirigido al tratamiento intensivo de pacientes.

EL TCAE, como miembro del equipo multidisciplinar debe conocer sus tareas ante este tipo de pacientes y saber cómo reaccionar ante cualquier tipo de situación que pueda presentarse. Brinda un papel importante al estar muy cerca del paciente en el ámbito hospitalario, debiendo prestarle especial atención estando atento a cualquier nuevo comportamiento que pueda desencadenar una situación conflictiva, así como ayudarlo en cualquier situación requerida por el mismo para realizar las actividades básicas de la vida diaria en caso de que no pudiese y contribuir con el resto del equipo en la preparación de material y realización de técnicas y en las líneas de actitud a seguir ante cada paciente. Por otra parte también tiene su función en los programas psicoterapéuticos y de reinserción social, contribuyendo con el resto del equipo al fin último que es el bienestar del paciente.

Algunos de los principales trastornos mentales que podemos encontrar en el desarrollo de la labor profesional del TCAE son: trastornos por ansiedad, trastornos fóbicos, trastornos afectivos, depresivos y bipolares o esquizofrenias en cualquiera de sus diferentes tipos. En general suelen mezclarse líneas de tratamiento psicológico y farmacológico.

5 Discusión-Conclusión

La Salud Mental es un problema importante a día de hoy, pues encontramos una prevalencia creciente de trastornos mentales. La Psiquiatría es la encargada de tratar estos trastornos. A través de un equipo multidisciplinar, en el que el TCAE tiene un papel imprescindible sobre todo por su cercanía al paciente, se lucha a través de tratamientos farmacológicos y psicológicos por una reinserción y rehabilitación de estos paciente para conseguir su mayor bienestar biopsicosocial. Encontramos diferentes dispositivos de atención a estos pacientes que van desde la atención ambulatoria a la hospitalización completa, pasando también por hospitalizaciones parciales.

Se han eliminado muchos mitos sobre la Salud Mental, pero se debe seguir trabajando para conseguir una integración plena de estos pacientes en la sociedad actual.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-salud-mental/>
2. <https://congresosicepa.com/tcae-paciente-trastornos-mentales/>

Capítulo 106

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL DESEMPEÑO DE LA LABOR PROFESIONAL DELAUXILIAR

NATALIA MAZA PUJALTE

PAULA PARDO GOMEZ

MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ

SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ

LAURA RISCOS RODRÍGUEZ

1 Introducción

En 1986 la Unión Europea decreta las medidas mínimas de seguridad y de salud para la aplicación por los trabajadores en el trabajo de equipos de protección individual. A los efectos de dicha directiva se conoce por equipo de protección individual (EPI) cualquier equipo dedicado a ser llevado o sujetado por el trabajador o la trabajadora para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

Entretanto el real decreto 773 1997 de 30 de mayo, sobre normas mínimas de seguridad y salud relacionada al uso por los trabajadores de equipos de protección

individual, establece un equipo de protección individual como: “cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin” descartando los siguientes equipos:

1. La ropa de trabajo y uniformes que no estén explícitamente destinados a proteger la seguridad y salud.
2. Los de los servicios de socorro y salvamento.
3. Militares, policías y servicios de mantenimiento del orden.
4. Los de los medios de transporte por carretera.
5. El material de deporte.
6. El material de autodefensa o disuasión.
7. Los aparatos portátiles para la detección y señalización de los riesgos y de los factores de molestia.

Los equipos de protección individual deberán aplicarse cuando los riesgos no se puedan evitar o no puedan limitarse suficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo.

Los métodos de protección colectiva acabados de citar son medidas que tratan de proteger a los trabajadores en su conjunto y a sus instalaciones.

2 Objetivos

- Establecer los aspectos relativos a la utilización segura y a la obligación de utilizar los equipos de protección individual que sean comprendidos necesarios para garantizar la salud y seguridad de los trabajadores y pacientes.
- Desempeñar una acción educativa con el fin de incrementar el cuidado de los trabajadores sanitarios frente a los riesgos laborales.
- Saber las pautas a seguir en el uso de los EPI para conseguir mayor eficacia con respecto objetivo pretendido.
- Distinguir los EPI básicos en sanidad y aprender a utilizarlos cuando la situación lo requiera.

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 el ámbito laboral y especialmente en el sanitario hay un concepto de gran relevancia que tanto el trabajador como el empresario deben conocer, que son los EPIs. Este concepto siempre ha sido importante y en la actualidad está cobrando mayor relevancia debido a la pandemia del coronavirus.

Los EPI se deben de usar cuando haya riesgo para la salud de los trabajadores que no se puedan evitar mediante los medios técnicos de protección colectiva citados anteriormente.

Los EPI deben alcanzar una serie de cualidades que se fijaran en función del riesgo al que estemos expuestos, como a las condiciones ambientales y las características del usuario. El requisito para usar un EPI viene dada por:

- la carencia de eliminar un riesgo.
- no poder controlar el riesgo mediante técnicas de protección colectiva.
- la necesidad de cubrir un riesgo cuya aparición es temporal o circunstancial.
- como medida de protección complementaria de la colectiva si el proceso de evaluación de riesgos así lo requiere.

En sanidad existen algunos EPIs básicos que utilizamos para proteger tanto al personal sanitario como al paciente algunos de estos son:

- Guantes: tienen que utilizarse guantes de examen de un solo uso no estériles. Si se entra en contacto con los fluidos del paciente se utilizarán dos guantes, que han de ser cambiados cuando estén muy contaminados.
- Protección respiratoria: lo tiene que utilizar el personal sanitario mientras este en contacto con el paciente o sus fluidos. se utilizan mascarillas, mascarillas con filtros, medias máscaras o máscaras completas dependiendo del nivel de riesgo, las mascarillas completas a su vez ofrecen protección ocular.
- Ropa de protección, batas: según la OMS establece que la ropa de protección debe ser impermeable y desechable, y debe cubrir cualquier parte del cuerpo que este expuesta al contacto de fluidos corporales del paciente infectado.
- Calzado: este debe ser cerrado, anatómico, homologado y deberá retener el pie sujeto, resistir la perforación con objetos cortantes, la penetración de fluidos con suela antideslizante, que evite resbalones y caídas.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de protección individual y los protocolos sanitarios de actuación establecen una serie de barreras competentes en materia de seguridad y salud, pero para que sea así, tenemos que cuidar que la selección de los protocolos y el uso de los equipos se hagan de forma adecuada. Para hacer esta selección de forma adecuada es importante prestar atención a la proporción de los riesgos, a la peculiaridad de la tarea y a los trabajadores que la van a realizar.

Resulta imprescindible que los se involucren en el proceso de educación y formación en materia preventiva y que reflexionen sobre la importancia de paliar las practica de riesgo y modificar las conductas inseguras.

6 Bibliografía

1. Wikipedia español. <http://es.m.wikipedia.org>.
2. <http://revistamedica.com> Ocronos revista médica y de enfermería. Vol. III N°5 septiembre 2020 pág. Inicial.

Capítulo 107

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL SINDROME DE BURNOUT

LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE

PILAR IBÁÑEZ PASTOR

DAVID RAMOS GARCÍA

MARTA GIL CRUZ

MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ

1 Introducción

El término Burnout se refiere al estrés laboral e institucional generado entre profesionales que mantienen una constante relación con otras personas (técnicos, auxiliares, celadores, médicos...) y su origen se basa en la respuesta que cada profesional tenga ante una situación de crisis. El estrés laboral está considerado el segundo problema de salud laboral más frecuente de Europa.

El síndrome de burnout se produce como resultado de estar sometido a un continuo estrés laboral y que a lo largo del tiempo hace que suframos desmotivación y una baja autoestima que llega incluso a alterar la personalidad y la autoestima del profesional.

Debido a la situación laboral actual existen pocos puestos de trabajo en relación a la cantidad de trabajo existente, esto provoca que cada profesional tenga que

esforzarse y asumir mayor carga de trabajo de la recomendada. En el ámbito de la sanidad también se puede ver un reflejo de esta realidad, a menudo el personal sanitario se ve sobrepasado por la carga de trabajo que tiene que asumir. Cuando esta carga persiste durante un periodo de tiempo elevado, este genera estrés y un nivel de vida acelerado que puede afectar también a la vida personal del profesional sanitario, tanto social como emocional.

2 Objetivos

Conocer la incidencia del síndrome de Burnout y de sus componentes en el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

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 “síndrome de burnout auxiliar de enfermería”.

4 Resultados

Los tres factores del Síndrome tienden a presentarse especialmente entre técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y demás profesionales.

Estas variables del Burnout se dividen en tres categorías:

- Organizacionales: como dinámica del trabajo, turnos de trabajo, inadecuación profesional, sobrecarga de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol y desafío en el trabajo.
- Sociales: en comunicación, cultura o problemas familiares.
- Personales: tales como sexo, edad, estado civil, estrategias de afrontamiento, etc.

Este síndrome del trabajador quemado afecta a muchas personas por lo que debe ser tenido en cuenta. Podemos reconocer este síndrome por sus características ya que es un patrón que se repite con frecuencia:

- Agotamiento emocional: ansiedad, falta de conexión con el medio en el que trabajamos, falta de objetivos, fracaso e impotencia.
- Baja autoestima, nula realización profesional y actuar de manera agresiva.
- Taquicardias, dolor de cabeza, nerviosismo y gran dificultad de concentración.

-Despersonalización: disminución de empatía, falta de apego a las actividades desarrolladas.

- Frustración relacionada con el medio de trabajo, visión negativa de la realidad, falta de desarrollo personal.

Los síntomas más comunes del síndrome de burnout en los auxiliares de enfermería son los siguientes: el sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia, la baja autoestima, poca realización personal, el estado permanente de nerviosismo, la dificultad para concentrarse, los comportamientos agresivos, el dolor de cabeza, el insomnio, el absentismo laboral, las taquicardias, el bajo rendimiento, el aburrimiento y la comunicación deficiente.

En la actualidad y debido al COVID-19 el síndrome de burnout se ha incrementado en todo el personal sanitario y no sanitario de los centros hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout es una realidad en la actualidad, esta muy presente en los profesionales del sector sanitario y este afecta de manera muy negativa a su desempeño tanto profesional como en la vida privada.

Los auxiliares de enfermería que se sienten afectados deben de tomar medidas preventivas para poder eliminar o por lo menos reducir el riesgo de un profesional a desarrollar el síndrome de burnout.

Otro de los factores que se deben mejorar es la resolución de conflictos profesionales y el manejo de circunstancias estresantes y dar a los trabajadores las medidas y técnicas adecuadas para poder afrontar cualquier tipo de problema.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.daeformacion.com
- www.auxiliar-enfermeria.com
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com>

Capítulo 108

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE

PILAR IBÁÑEZ PASTOR

DAVID RAMOS GARCÍA

MARTA GIL CRUZ

MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ

1 Introducción

Las úlceras por presión se definen como una lesión que aparece en la piel o en los tejidos subyacente, que se producen generalmente sobre prominencias óseas (sacro, talones, orejas, etc...). Estas pueden afectar a zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo, incluso puede llegar a afectar a la articulación y al hueso.

Las úlceras se dividen en dos grupos:

- Úlceras por presión: producidas por un aplastamiento de los tejidos entre dos planos de resistencia.
- Úlceras vasculares: tienen su origen en un trastorno periférico de las extremidades inferiores.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la acogida del paciente en planta y durante las tareas de aseo y cambio de dispositivos de incontinencia, realizan una valoración directa del estado de la piel del paciente y del riesgo que éste presenta de padecer lesiones relacionadas con la dependencia. No solo reconoce el riesgo de úlceras por presión, sino que también reconoce las dermatitis asociadas a la incontinencia, lesiones por fricción por cizalla y aquellas lesiones mixtas que requieren tratamientos específicos.

Las úlceras por presión son de común aparición:

-En las personas que utilizan sillas de ruedas. Las escaras suelen aparecer en la piel en: coxis o glúteos, omóplatos y columna vertebral, parte trasera de los brazos y piernas.

-En las personas encamadas: suelen aparecer en: la parte trasera o los lados de la cabeza, los omóplatos, la cadera, la espalda lumbar o el coxis, los talones, los tobillos y la piel detrás de las rodillas.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es describir las úlceras por presión y el manejo de las mismas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Las úlceras aparecen por la presión continuada sobre una zona concreta de la piel, esta provoca el aplastamiento de los tejidos y dificulta la circulación de la sangre por ellos, provocando la muerte de las células de esos tejidos.

Las úlceras se clasifican en 5 grados que son:

Grado 1: La piel no está dañada aun, pero el enrojecimiento no se torna blanco cuando se toca.

Grado 2: El daño afecta a la epidermis, la dermis o a ambas. El daño aparece como una abrasión o ampolla. La piel puede estar enrojecida.

Grado 3: El daño se extiende por todas las capas de la piel hacia el músculo e incluyendo a éste. La úlcera aparece como un cráter profundo.

Grado 4: El daño incluye la destrucción de todas las estructuras de tejido blando y de las estructuras óseas o articulares.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son:

- Examinar cómo está el estado de la piel al menos una vez al día.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Valorar y tratar la incontinencia.
- Vigilar cualquier zona que esta enrojecida.
- Corregir el déficit nutricional.
- Realizar cambios posturales cada 2/4 horas.
- Fomentar la movilidad y la actividad del paciente.
- Instaurar medidas o dispositivos de alivio de presión, como un colchón anti-escaras.
- Fomentar la educación sanitaria.
- No elevar cabecera de la cama más de 30°.
- Vigilar zona de inserción de sondas, mascarilla y gafas de oxígeno y sujeciones mecánicas.

Para limpiar una ulcera por presión se emplea suero fisiológico empleando la mínima fuerza mecánica para la limpieza y el secado. Nunca debe limpiarse la herida con antisépticos porque todos ellos son productos químicos citotóxicos y su uso continuo puede desencadenar problemas sistémicos por absorción en el organismo.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante un control diario de la piel del paciente, de hacer cambios posturales, utilizar dispositivos de apoyo como pueden ser los colchones y cojines antiescaras o protectores específicos como pueden ser mantas, coderas antiescaras. Nunca debe limpiarse la herida con antisépticos porque todos ellos son productos químicos citotóxicos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es uno de los responsables del cuidado de los pacientes para evitar las úlceras por presión, para ello debe:

- Cuidar la piel de la persona mayor.
- Favorecer la movilidad de la persona mayor y una posición correcta.
- Utilizar dispositivos de apoyo que disminuyan la presión sobre la piel.

6 Bibliografía

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

Capítulo 109

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE

PILAR IBÁÑEZ PASTOR

DAVID RAMOS GARCÍA

MARTA GIL CRUZ

MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una patología crónica neurodegenerativa que afecta al Sistema Nervioso Central (SNC), más concretamente al cerebro y la médula espinal. La lesión hace más lentos o bloquea los mensajes entre el cerebro y el cuerpo, conduciendo a los síntomas de la esclerosis múltiple. Las causas que originan la esclerosis múltiple se desconocen, pero se sospecha que un virus o un antígeno desconocido son los responsables que desencadenan una anomalía inmunológica que hace que el organismo ataque su propia mielina. La causa de su aparición es desconocida, afectando a 2.500.000 adultos- jóvenes de todo el mundo, siendo las mujeres las más afectadas según datos recogido en la Federación Española de Esclerosis múltiple. Uno de los síntomas de la esclerosis múltiple que más afecta a la calidad de vida de estas personas es el dolor. Este

dolor además influye en la dificultad para realizar actividades de la vida diaria aumentando así el nivel de ansiedad y dificultando el descanso.

Los enfermeros, enfermeras y personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que viven el día a día del paciente, le ayudan a adaptarse al tratamiento y aclaran las dudas sobre la enfermedad.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá ayudarlos psicológicamente y a tomarse con normalidad este nuevo cambio en su vida cotidiana.

2 Objetivos

Conocer cuales son los cuidados del auxiliar de enfermería en los pacientes con esclerosis múltiple y su desarrollo correcto junto con otros profesionales sanitarios.

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 “cuidados auxiliar de enfermería con paciente esclerosis múltiple”.

4 Resultados

La esclerosis múltiple es una enfermedad que se manifiesta en brotes y posee varias formas de evolución:

- Forma remitente-recurrente: es la más frecuente y afecta a un amplio porcentaje de población. Se identifica con la presencia de síntomas en brotes.
- Forma progresiva secundaria: se define por tener una progresión continua. Se la considera una manifestación avanzada de esclerosis.
- Forma progresiva primaria : comienza de forma lenta con empeoramiento progresivo, esta forma afecta a un número reducido de pacientes. No provoca recidiva ni remisión.
- Forma progresiva recidivante: se presenta con una evolución continua en brotes agudos continuos con o sin recuperación.

Las principales funciones del auxiliar de enfermería en pacientes con esclerosis múltiple son:

- Ayudaran a las personas afectadas a comprender la información relacionada en el proceso de su enfermedad, como: sintomatología, pruebas diagnósticas, evolución, pronóstico, tratamientos.
- Colaboraran con el equipo medico en todas las prácticas que sean necesarias aplicar al paciente.
- Realizaran un control de adherencia al tratamiento de la persona que lo recibe.
- Mantener y proporcionar independencia para que poder realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVD)
- Enseñaran de manera correcta y de forma segura la administración de los medicamentos.
- Prevenir y paliar complicaciones secundarias a la enfermedad, para que no agraven el bienestar ni la calidad de vida.
- Detectaran riesgos o problemas para la salud.
- Elaboraran un plan de cuidados en función del proceso de atención de Enfermería adecuado a cada paciente .
- Educaran en autocuidados: cómo reconocer y actuar ante un brote, medidas higiénico-dietéticas, etc..
- Educaran sanitariamente: informar sobre los síntomas que pueden aparecer en la evolución de la enfermedad .
- Lograran una buena adaptación a la enfermedad, una mayor adhesión al tratamiento y una mejor calidad de vida para que le haga llevar lo mejor posible la situación que conlleva esta enfermedad tanto al enfermo como a su familia.

5 Discusión-Conclusión

Para proporcionar una mayor calidad de vida a los pacientes con esclerosis múltiple es necesario hacer un abordaje biopsicosocial en el que intervenga un equipo multidisciplinar capaz de abordar de forma integral las manifestaciones que dichos pacientes puedan ir tolerando.

Debido al ritmo de vida que llevamos, al tipo de trabajo que desarrollamos, el tipo de alimentación que llevamos, y el clima en el que vivimos pueden ser la causa de desarrollar ese tipo de enfermedad.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene que llevar a cabo un papel muy importante con este tipo de pacientes, ya que deberá ayudarlos psicológicamente y a tomarse con normalidad este nuevo cambio en su vida cotidiana.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.daeformacion.com
- www.auxiliar-enfermeria.com
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-esclerosis-multiple/>

Capítulo 110

TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS CONOCIMIENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CARMEN MEGÍA PRIETO

LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO

ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO

CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR

MARTA MARTÍNEZ MOLERO

1 Introducción

El aislamiento como su palabra dice es apartar a un paciente o varios de una zona en la que puedan contagiar o contagiarse.

Dependiendo del tipo de patología o afección puede ser aislamiento incluso inverso.

Podemos hablar del aislamiento hospitalario como la separación de un individuo infectado por una patología de carácter transmisible del resto de personas susceptibles mientras dure la etapa durante la cual puede contagiar la infección, llamada periodo de transmisibilidad, en unas condiciones que impidan la difusión

del agente infeccioso. Por ello durante ese tiempo se emplearán las medidas adecuadas para la prevención de contagios.

Según el tipo de aislamiento vamos a requerir diferente material con el que proteger a los demás pacientes, personal sanitario o en el caso de aislamiento inverso proteger al propio paciente de cualquier foco de infección.

Conocemos como infección nosocomial a la infección la cual se adquiere en el hospital tanto en la etapa de ingreso o post ingreso hospitalario.

La infección se produce por la interacción entre 6 elementos que en su conjunto forman la llamada cadena de transmisión de la infección agente – reservorio – puerta de salida – transmisión – puerta de entrada – huésped. La interrupción de esta cadena en alguno de sus puntos supone detener la transmisión de la enfermedad.

2 Objetivos

- Conocer que tipo de aislamientos puede haber en un ámbito hospitalario conocidos por el profesional TCAE y porque se realizan .

3 Metodología

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 en los que aparecen los tipos de aislamientos y su prevención hospitalaria.

Palabras clave: aislamiento, hospital, infección nosocomial.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido encontrar y documentar por artículos y textos en los que nos comentan que tipo de aislamientos son los adecuados y porque se suelen realizar. También ha podido encontrar el que conocimientos posee el TCAE ante esta información administrada.
- Los tipos de aislamiento que hay son y que son identificados y conocidos por el personal sanitarios son :
- Aislamiento de contacto este va dirigido a pacientes con bacterias en las heces, en este tipo de aislamiento el TCAE debe conocer que para entrar a atender o

realizar una intervención con un paciente debe colocarse bata, guantes. Pues todo lo que está en la habitación puede estar infectado.

- Aislamiento por gotas. En este caso suele ser por patologías respiratorias, gripes etc. El TCAE en este tipo de aislamiento se debe colocar bata según la última normativa de la OMS por poder estar dispersas estas gotas, mascarilla y guantes.
- Aislamiento protector o inverso. En este tipo de aislamiento podemos encontrar pacientes inmunodepresión, oncológicos, con tratamientos radioterapia, quimioterapia. El TCAE aquí deberá colocarse para poder entrar en la habitación guantes, bata, mascarilla. El problema de este aislamiento no es que nos contagie al revés. Debemos tener cuidado de no infectar al paciente. Ya que su cuerpo está débil y no podrá responder como cualquier otra persona y puede agravarse su situación basal
- Aislamiento entérico. En este caso también está afectado a nivel de heces, pues entérico quiere decir gástrico.
- Por supuesto se deberían unificar criterios entre el personal sanitario, unidades de gestión para ofrecer unos protocolos adecuados, consensuados e información adecuada ante un aislamiento por una infección nosocomial de un paciente geriátrico.
- El personal seguirá las instrucciones del protocolo y no se desviará en ningún momento para no tener que ser sancionado en una falta grave.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es uno de los profesionales que deben conocer que tipo de aislamientos debe de haber y cuáles son los materiales que se deben de utilizar para proteger tanto a el personal como a el paciente. Pues como se ha podido comprobar hay aislamientos inversos los cuales son procesos en los que podemos contagiar al paciente.

Es un tema en el cual ante la actualización de datos en casos de aislamiento como el COVID 19 como se ha comentado, dependiendo de las precauciones universales . Se publicará un informe en el cual nos indicaran que tipo de nuevas precauciones hay que realizar, con el correspondiente díptico para poder colocar en la puerta de la habitación .

6 Bibliografía

Scaletsky ICA, Fabbriotti SH, Carvalho RLB, Nunes CR, Maranhão HS, Morais MB, et al. Diffusely adherent *Escherichia coli* as a cause of acute diarrhea in

young children in northeast Brazil: A case-control study. J Clin Microbiol. 2002;40(2):645-8.

- - Duce G, Fabry J, Nicolle L et al, WHO. Prevención de las infecciones nosocomiales: Guía Práctica. Lyon/Ginebra. 2ª Ed. 2002.

Capítulo 111

CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE TIPO DE PATOLOGÍAS DE LA LENGUA

CARMEN MEGÍA PRIETO

LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO

ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO

CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR

MARTA MARTÍNEZ MOLERO

1 Introducción

En el campo de la sanidad no solo se valoran signos como fiebre, eritemas, enrojecimientos etc. También se ha podido observar que alguna patología también debuta en sintomatología de la lengua.

La lengua humana es un hidrostato muscular, un órgano (contiene glándulas salivales) móvil situado en el interior de la boca, impar, medio y simétrico, que desempeña importantes funciones como la hidratación de la boca y alimentos mediante la salivación, la deglución, el lenguaje y el sentido del gusto.

Se pueden identificar varias funciones de la lengua dentro de las mas comunes nos podemos encontrar la hidratación de la boca y alimentos mediante la salivación, la deglución, el lenguaje y el sentido del gusto. Deglutir y hablar son

acciones prácticamente imposibles sin la saliva. La musculatura tiene un origen hipo branquial como la epiglotis y es posterior a la formación de la envoltura lingual.

En caso de la lengua de signos de patología se debe de estudiar al paciente no solo pruebas diagnósticas también sería adecuado el uso de anatomía patológica. También hay que tener en cuenta que no solo es a nivel patológico que la lengua tenga un signo de que algo no esta bien . Pueden ocurrir traumatismos, cortes etc.

2 Objetivos

- Conocer que tipo anatómicamente del órgano muscular la lengua puede haber y que patología puede debutar y conocer 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 la lengua y que patologías pueden aparecer.

Palabras clave: Lengua , patología, macroglosia, traumatismo.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica el TCAE es uno de los profesionales que nos indican que tipo de lengua patológicas pueden existir y que debe conocer el para poder reconocer que patología puede conllevar este paciente.
- El TCAE debe conocer que existen estos tipos de lesiones en la lengua como por ejemplo congénitas la Aglosia afección rarísima caracterizada por la ausencia total de la lengua por deficiente desarrollo embrionario
- Lesiones traumáticas en las cuales un traumatismo es la causa de la aparición de esta patología.
- Lesiones inflamatorias y Lesiones neoplásicas, aquí el paciente padece una patología oncológica y tras la radiación, quimioterapia o inmunosupresores. El paciente presenta una candidiasis por lo cual necesita un tratamiento para desaparecer este síntoma. ES muy importante el control de este tipo de patología

pues la deglución va a ser dificultosa y puede aparecer un problema a nivel de obstrucción y atragantamiento o broncoaspiración .

- También el TCAE debe conocer que existe otro tipo de lengua dependiendo de los genes o patologías raras. La lengua bífida La división puede ser de la punta, o alcanzar hasta el pliegue glosso epiglótico medio, semejando a veces dos lenguas colocadas una al lado de la otra. Los bordes de la fisura son lisos y recubiertos por mucosa normal, el frenillo intacto puede presentarse dividido en dos.

- También el TCAE reconocerá una lengua geográfica la cual en apariencia es como un mapa geográfico no se sabe porque afecta a el paciente.

En caso de que exista algún tipo de patología lingual se realizara una biopsia de la lengua para poder analizarla y poder llegar a un tratamiento base para comenzar a ayudar a este tipo de paciente. En algunas ocasiones el TCAE encontrara al paciente asintomático o con sintomatología grave incluso precisa ingreso hospitalario en unidad de cuidados críticos.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es uno de los profesionales encargado de observar todo tipo de signos sintomatología que pueda generar este paciente.

Es un tema poco frecuente ya que el profesional sanitario puede llegar a encontrar, ya que como se ha comentado son casos aislados o raros. Pero en caso de que llegue un paciente con esta patología saber qué pasos hay que realizar o cuidados habrá que hacer .

Se debería actualizar y adiestrara a los profesionales sanitarios incluido el TCAE para poder instruir a estos para conocer y mantenerlos actualizados continuamente.

Se ha utilizado un lenguaje clave y sencillo para que cualquier persona que lea el trabajo pueda reconocer que tipos de lengua existen.

6 Bibliografía

- Ferrari et al Patología y Clínica Buco-Dental. B. Aires 1944.
- Drake, Richard L.; Vogl, Wayne; Mitchell, Adam W. M. (2005). Gray's anatomy for students. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier. pp. 989-995.

Capítulo 112

CONOCIMIENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LOS BENEFICIOS DE UNA DIETA ADECUADA A LOS CELIACOS

CARMEN MEGÍA PRIETO

LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO

ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO

CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR

MARTA MARTÍNEZ MOLERO

1 Introducción

En la actualidad hay miles de personas diagnosticadas con celiaquía y otras que no lo saben pero están padeciendo la enfermedad celíaca.

Podemos definir la enfermedad celíaca como que es una enfermedad digestiva que daña el intestino delgado y altera la absorción de las vitaminas, minerales y demás nutrientes que contienen los alimentos. Los pacientes con enfermedad celíaca no toleran una proteína llamada gluten, que se encuentra en los cereales (trigo, avena, cebada, centeno).

El problema que vamos a encontrar en esta enfermedad es que tarda en identificarse y dar síntomas en ocasiones pasa desapercibida. Una vez que da los síntomas en ocasiones el paciente ya esta en proceso de ingreso hospitalario incluso. Los síntomas mas frecuentes suelen ser en el sistema digestivo o en otras partes del cuerpo. Una persona puede tener diarrea y dolor abdominal, mientras que otra puede sentirse irritable o deprimida. La irritabilidad es uno de los síntomas más comunes en los niños. Algunas personas no tienen síntomas. Es una enfermedad genética según los estudios realizados en otras ocasiones y que se comprueba a la hora de detectar un paciente celiaco, se realiza los análisis y pruebas necesarias y comprueban que también hay más familiares contagiados, con lo cual deben de tener una dieta adecuada.

2 Objetivos

- Conocer que tipo de dieta es la adaptada y beneficiosa en el momento que un paciente sea diagnosticado de celiaco.

3 Metodología

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

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre la dieta adecuada a el paciente con patología celiaca.

Palabras clave: celiaca, patología, dieta, digestivo.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido documentar que tipo de dieta es la adecuada para un paciente que padece una patología celiaca.
- Es un tema muy abundante ya que el problema que se van a encontrar estos pacientes es el alto coste de los alimentos. También van a encontrarse en que no todos los supermercados , tiendas van a estar con stock de estos alimentos.
- La dieta es algo que se debe seguir estrictamente salvo que el paciente padezca algún tipo de patología crónica añadida y este también restringidos algunos alimentos.

- Que se pretende con esta dieta aumentar también la calidad de vida del paciente ya que si no come correctamente lo que necesita tendrá sintomatología y mal estar.
- Otro aspecto importante aparte de la dieta es la vitamina D en los celíacos ya que también la necesitan para poder sintetizar la vitamina y poder sentirse mejor con ellos mismos.
- Dentro de los alimentos o dieta que pueden administrar a un celíaco una vez que este diagnosticado. No debe comer por ejemplo, trigo y tipos de trigo, como duro, sémola y espelta. También cebada, que se puede encontrar en la malta, extracto de malta, vinagre de malta y levadura de cerveza. Centeno triticales, un cruce entre trigo y centeno.
- Todo lo que es necesario para el bienestar del paciente y la calidad de vida va a influir como dicen muchos autores en la alimentación que se va necesitando esto en un paciente normal sin patologías. En el caso de que este paciente tenga la patología de celíaca deberá acudir a los profesionales sanitarios para que le aconsejen que tipo de alimentos son los adecuados y cuales no son los necesarios en esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Es un tema de la actualidad en el que todos los pacientes van a estar controlados para evitar que no comprendan la dieta que tienen que seguir y que tipos de medidas deben de coger para evitar sentirse mal.

Como se ha podido documentar todos los pacientes que están diagnosticados son muchos pero hay también miles que no estén diagnosticados y que piensan incluso que es cosa de realizar malas digestiones.

El profesional sanitario guíara, acompañara y apoyara a estos pacientes ya que en un primer momento van a encontrarse perdidos debido a la cantidad de información que necesitan procesar al inicio de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Saturni. L, Ferretti. G, Bacchetti. T. The gluten – free diet: Safety and nutritional quality. Nutrients. 2010; 2: 16 – 34.
- Lee A.R, Ng D.L, Zivin J, Green P.H.R. Economic burden of a gluten – free diet. J Nutr 2007; 20: 423 – 430.
- Wierdsma N.J, van Bokhorst-de van der Schueren M.A.E, Berkenpas M, Mulder C.J.J, Van Bode graven A.A. Vitamin and Mineral Deficiencies Are Highly

Prevalent in Newly Diagnosed Celiac Disease Patients. *Nutrients* 2013; 5: 3975 – 3992

Capítulo 113

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN OFTALMOLOGÍA

PAULA SALILLAS

1 Introducción

Oftalmología (del griego ὀφθαλμός [ophthalmós], "ojo" y del sufijo -logia, "tratamiento", "investigación", "ciencia" y del prefijo griego -α [loguia]) médicos especialistas que estudian las enfermedades del ojo y su tratamiento, incluyendo El globo ocular, los músculos del globo ocular, la glándula lagrimal y los párpados. Los especialistas en oftalmología se llamaban oftalmólogos u oftalmólogos (el apellido proviene del latín). En la mayoría de las leyes occidentales, como la española, la oftalmología se estudia como especialidad en el marco de la carrera de Licenciado en Medicina. Como especialidad aplicable también a la medicina veterinaria, la oftalmología veterinaria ha experimentado un gran crecimiento en las últimas décadas, debido a la importancia del órgano de la visión en los animales y los avances tecnológicos.

La necesidad de un diagnóstico precoz y un manejo cuidadoso ha llevado al surgimiento de subespecialidades en oftalmología, que a su vez pueden tratar las enfermedades oculares desde diferentes ángulos, tales como: el estudio de una enfermedad específica: glaucoma, estrabismo, enfermedades oculares inflamatorias. Investigación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de un área u órgano del ojo: retina, córnea, órbita, segmento anterior, neurooftalmología.

Investigación y tratamiento de enfermedades de grupos de edad como la oftalmología pediátrica. Investigación en métodos diagnósticos y prácticos: ecografía y ecografía oftálmica. Investigación y tratamiento Rehabilitación de los ojos remanentes: visión doble. Estas subespecialidades generalmente se estudian luego de cursar una carrera de oftalmología de uno a dos años según el plan de estudios y generalmente cuentan con hospitales, instituciones y universidades catalogadas de acuerdo con las leyes del país.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo o proyecto de investigación, es saber y conocer cuáles son las principales funciones del TCAE en oftalmología.

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.

Resultados

4 Resultados

Las enfermedades más comunes son: miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, conjuntivitis, queratitis, problemas de dacriocitos, estrabismo, cataratas, enfermedades de la retina y glaucoma por presión. Una de las tareas más comunes de un oftalmólogo es diagnosticar y tratar errores refractivos como la miopía y el astigmatismo. Si no se detecta a tiempo, puede derivar en importantes problemas de visión. Los tratamientos más comunes desarrollados por la oftalmología se pueden clasificar en tres categorías, según su naturaleza:

Farmacología. Prescribir medicamentos para tratar la enfermedad. Por lo general, se administran como gotas para los ojos. médico de los ojos Incluye un examen ocular (como instrumento óptico sujeto a las leyes de la física) para determinar la miopía requerida del cristalino y evaluar si es hipermetrope o miope. Esta operación también la realizan optometristas, que también poseen un amplio conocimiento minucioso de la oftalmología. cirugía. Utilice la escisión quirúrgica

o cirugía funcional (para restaurar la función) en condiciones tales como glaucoma, cataratas, queratosis pilaris, pterigión (invasión conjuntival de la córnea), obstrucción del conducto lagrimal, desprendimiento de retina, etc. La cirugía refractiva afecta la parte frontal del ojo: la córnea, la cámara anterior, la cámara posterior y el cristalino, y se usa comúnmente para tratar la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo.

Algunas de las funciones del TCAE son las siguientes:

Preparar al paciente para el examen. Medición de la agudeza visual y/o dilatación pupilar, si es necesario. Asistir a los pacientes en el examen: abrir los párpados, apoyar la cabeza, etc. Utilizar los medicamentos prescritos por el médico: tópico, I.M. , EV Oral, subconjuntival.

Pre-Hipócrates basó la mayoría de sus conceptos anatómicos en conjeturas en lugar de empíricos. Reconocieron la esclerótica y la córnea como la capa más externa del ojo y también describieron la pupila y el líquido en el centro del globo ocular. Piensan que este fluido es el medio de la visión. Aristóteles reforzó estas ideas con estudios experimentales: diseccionó los ojos de los animales y descubrió que había tres capas en la pared del ojo en lugar de dos.

5 Discusión-Conclusión

Una persona que supervisa a un paciente que pasa la noche para su comodidad y seguridad, prestando atención a cualquier cambio que ocurra, monitoreando todo su cuerpo en busca de signos o síntomas significativos que indiquen un cambio en su condición, asistiéndolo con las actividades básicas que necesita en su día a día. vida, y cuidar tu estado mental, y tratar de hacerte feliz todo el tiempo, ya sea en centro de día, hospital o en casa.

El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería conforma un gran equipo humano, ya que en situaciones difíciles somos los que vivimos de primera mano la enfermedad de cada paciente, su mejoría y como mantener una calidad de vida optima cada día.

6 Bibliografía

«oftalmología», Diccionario de la lengua española (vigésima segunda edición), Real Academia Española, 2001.

«-logía», Diccionario de la lengua española (vigésima segunda edición), Real Academia Española, 2001.

Bidyadhar, N.K. (1939). Sushruta's Ophthalmic Operations, 22. p. 553.

Capítulo 114

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DEL ASEO

TANYA ANGELOVA KARTSELSKA

SANDRA ZARZALEJO LLORENTE

SANDRA BUENDIA GÓMEZ

MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ

BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO

1 Introducción

La técnica del aseo en el paciente encamado llevado a cabo por el TCAE, es una técnica importante. Cuando aseamos a un paciente, es una oportunidad para aprender muchas cosas importantes de él por lo que valoraremos el estado e integridad de su piel y también tendremos en cuenta que al ser un momento de gran intimidad podemos ver sus sentimientos, su consciencia del proceso de enfermedad, además tendremos que escuchar sus necesidades creando así un clima común en el que la confianza TCAE-paciente crecerá de manera satisfactoria tanto para el paciente como para el profesional.

En la mayoría de los hospitales, el aseo es una labor que se lleva a cabo entre el enfermero, el TCAE y el celador, ahora bien, para realizar un correcto aseo en

cama se necesitan al menos dos personas por lo tanto tiene sentido llevar a cabo el aseo de manera dual.

De manera general es importante que el TCAE lleve a cabo los cuidados generales para así poder prevenir problemas de salud además de potenciar el autocuidado y así promocionar la salud y el bienestar del paciente.

Se usa para prevenir lesiones, evitar infecciones, solucionar problemas y aliviar el malestar. Promover la relajación y el bienestar.

2 Objetivos

- Conocer los pasos correctos a seguir en el aseo
- Conocer la importancia de un aseo general exhaustivo.

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: aseo, prevención, TCAE, higiene, hidratación, autocuidado.

4 Resultados

MATERIAL NECESARIO

- Los elementos de protección: hule, sábana pequeña, manta de baño.
 - Los elementos de lavado: toallas (2), guantes, esponjas, palangana, agua (37-40°C), jabón, crema hidratante, jarra, pinzas Kocher y Duval, cuña, tijeras, pasta y cepillo de dientes, cepillo o peine, etc.
 - Los elementos de recambio: ropa del enfermo, ropa de cama.
- Los elementos de evacuación: orinal plano o cuña, bolsa para la ropa sucia o cubo,

TIPO DE PACIENTES ENCAMADOS

Es importante especificar las pautas que hay que seguir según el tipo de paciente y la unidad en la que se encuentra hospitalizado:

1. Higiene del paciente hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

La higiene, como hemos reseñado es conveniente realizarla por más de una persona (pero teniendo en cuenta que no más de 4) debido a la complejidad de la monitorización al que el paciente suele estar conectado.

La higiene del paciente se debe realizar con un orden determinado:

* Comenzaremos por la parte anterior del cuerpo:

- Antes de moverlo es necesario aspirar secreciones si fuera necesario según las características del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, si es posible.
- Comenzaremos por lavar la cara, cuello y orejas por este orden, con esponja y agua fresca, sin jabón.
- Pasaremos a lavar manos, brazos y axilas cuidando no desprender sujeciones de vendajes ni apósitos.
- Una vez que hemos terminado de lavar esas partes continuaremos por el tórax, abdomen, genitales, piernas y pies.

* Continuando por la parte posterior:

- Se colocará al enfermo en decúbito lateral.
- Vigilaremos el funcionamiento del respirador, monitorización, cánulas, sondas, drenajes, vías de perfusión, etc, cuidando de que todo quede igual que como estaba antes de la movilización del paciente para evitar complicaciones.
- Posteriormente lavaremos y secaremos la espalda y continuaremos con los glúteos observando si existen alguna lesión cutáneas por presión. En este momento aplicaremos cremas protectoras aplicando un masaje suavemente en la zona.

2. Higiene del paciente con politraumatismos y fracturas

En el caso de que el paciente presentara fracturas y se encontrara encamado hay que realizar su higiene evitando que se pierda la alineación de las fracturas.

En el caso de que sean férulas podremos retirarla en la que se apoya el miembro traccionado para limpiarla y cambiar el vendaje.

Si el paciente se encontrara en una situación de lesión medular como puede ser

una tetraplejia no se les debe girar a Decúbito Lateral, sino levantar en bloque para llevar a cabo la higiene posterior.

3. Higiene del paciente asistido por ventilación artificial

En este caso, la higiene la llevará a cabo un TCAE con ayuda de un segundo profesional y mientras un DUE vigilará los sistemas y conexiones del respirador, así como los tubos y cánulas, para evitar que en ningún momento se altere o interrumpa la ventilación.

En este proceso de higiene puede darse la circunstancia que surja algún problema con signos de alarma, será prioritario atender la alteración de la respiración.

4. Higiene del paciente inconsciente

Es muy importante extremar higiene de:

- Ojos y boca (mantener humedad)
- Orificios nasales.
- Realizar la prevención de las úlceras por decúbito por medio de un lavado y secado correcto de la piel.

5 Discusión-Conclusión

Revisando toda la bibliografía, llegamos a la conclusión de que el TCAE deberá respetar intimidad del paciente con el objetivo de lograr la tranquilidad y relajación del paciente así como conseguir un bienestar mayor para él.

Es importante tener en cuenta que gracias al aseo exhaustivo que lleva a cabo el TCAE al paciente se puede observar mejor la totalidad de su cuerpo para poder valorar el estado en el que se encuentra la piel y así prevenir y evitar irritaciones, úlceras, eczemas, etc.

Esta conclusión la podemos clasificar dentro de los beneficios físicos, pero también tenemos unos beneficios emocionales y psíquicos ya que logramos que los pacientes tengan una mejor autoestima al verse liberados del mal olor que produce la sudoración y se sienten reconfortados con una sensación de bienestar.

6 Bibliografía

- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía.
- Técnicas básicas de Enfermería. McGrawHill. Edición 2017
- Auxiliar de Enfermería 7ª edición. Edición 2016. Evangelina Pérez de la Plaza

Capítulo 115

RESÍDUOS SANITARIOS: NORMATIVA DE CASTILLA-LA MANCHA

CLARA HERRERO FERNANDEZ

MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO

SANDRA RAMOS LORENZO

MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL

1 Introducción

Casi todas las comunidades autónomas tienen transferidas las competencias para desarrollar una normativa para gestionar los residuos sanitarios. En la actualidad son doce las comunidades que han legislado sobre el tema, por lo que dependiendo del lugar donde nos encontremos, debemos acogernos a unas normas u otras.

Los residuos sanitarios se definen como aquellos generados por una actividad relacionada con la sanidad.

Muchos de ellos son parecidos a los de cualquier actividad, pero otros pueden estar contaminados, al haber estado en contacto con sustancias o líquidos biológicos nocivos para el medioambiente, por eso deben de tener una normativa específica para su eliminación.

Los residuos de tratamiento diferente suelen proceder de : hospitales, mutuas, clínicas dentales, clínicas veterinarias, centros de salud, laboratorios de investigación médica, centros de estética, o cualquier actividad que esté relacionada con la salud de las personas o animales.

El tratamiento para su desaparición también es distinto: los residuos biosanitarios asimilables a urbanos se tratan igual que los domésticos. Si nos referimos a residuos biosanitarios químicos, radioactivos, etc., se precisan otras formas de eliminación.

El servicio de salud de Castilla-La Mancha tiene un protocolo específico relativo a la gestión de residuos sanitarios.

Los residuos sanitarios pueden ser peli, y como tal deben de estar regulados.

2 Objetivos

En este trabajo se intenta definir las distintas categorías de residuos sanitarios, según la normativa que rige la comunidad de Castilla-La Mancha.

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 ha realizado una búsqueda y consulta sistemática de libros en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los residuos sanitarios los podemos clasificar en las siguientes clases según la normativa de CLM:

CLASE I. RESÍDUOS DOMÉSTICOS: son los que se producen en centros sanitarios, pero muy parecidos a los de las actividades domésticas. Son : papel y cartón (depositados en bolsas azules), envases ligeros como botellas, briks, bandejas (en bolsas amarillas), biorresiduos domésticos orgánicos biodegradables de origen vegetal o animal, como restos de comida, de vegetales, de jardinería, poda, etc. (bolsas marrones), residuos voluminosos como muebles, colchones, etc. que se depositan en contenedores adecuados a su tamaño.

CLASE II. RESÍDUOS SANITARIOS ASIMILABLES A DOMÉSTICOS: residuos de un solo uso como guantes, yesos, pañales, filtros de diálisis, sondas, envases de muestras, sistemas de infusión, etc. Pero siempre que no estén incluidos en el grupo de residuos de clase III o IV. Se depositan en bolsas de color gris.

CLASE III. RESÍDUOS BIOSANITARIOS ESPECÍFICOS: son residuos cuya eliminación debe de manejarse de una manera diferente por poder presentar un peligro para la salud y el medioambiente. son: residuos que provienen de personas o animales que padecen alguna enfermedad infecciosa, envases y material de un solo uso que han estado en contacto con estos enfermos, cultivos y reservas de agentes infecciosos, restos humanos de escasa entidad, material cortante y punzante, resquios que provienen de animales infecciosos, cadáveres de éstos,.... Se depositarán en contenedores de color negro, menos los punzantes o cortantes que se guardan en contenedores amarillos.

CLASE IV. RESÍDUOS DE MEDICAMENTOS. a) Residuos de medicamentos peligrosos: citotóxicos, citostáticos, y todos los elementos que hayan tenido relación con ellos. Medicamentos cuya manipulación suponga un riesgo sanitario. Se depositarán en contenedores de color azul. b) Residuos de medicamentos no peligrosos: son los caducados o abiertos. Se almacenan en contenedores amarillos.

CLASE V. RESÍDUOS QUÍMICOS. son residuos sanitarios de origen químico que resultan peligrosos. Tales como: residuos que tengan mercurio, disolventes, alcoholes, aldehídos, productos de laboratorio, envases que hayan contenido productos peligrosos, etc. Se depositan en contenedores de color rojo.

CLASE VI. RESÍDUOS INDUSTRIALES Y DE MANTENIMIENTO. Como: aparatos eléctricos, pilas, lámparas fluorescentes, equipos electrónicos, escombros, aceites industriales, etc.

También existen residuos con una regulación propia de recogida y almacenamiento. Estos son: los restos humanos y cadáveres, cuyas normas van regidas por el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria, y los residuos radiactivos, que se rigen por el RD 102/2014 de 21 de febrero, para la gestión responsable y segura del combustible nuclear.

5 Discusión-Conclusión

Se debe de gestionar, reducir y eliminar todo tipo de residuos, y en particular la residuos sanitarios, los cuales definimos en este trabajo.

Para ello las autoridades sanitarias pertinentes legislan para que quede con claridad cómo y de qué manera se tratan los residuos para eliminar todos los posibles riesgos

Según reza en la Ley 22/2011, de 18 de julio, de residuos y suelos contaminados, un residuo es cualquier sustancia u objeto que se deshecha, ya tenga la intención o la obligación de hacerlo. Si esta sustancia u objeto procede de un lugar o servicio en el cual se desarrolla alguna actividad relacionada con la salud, lo llamaremos

resíduo sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 116

URGENCIAS PEDIATRICAS Y LAS FUNCIONES DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

CONSUELO CALVO CARPINTERO

MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO

ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO

MARIA JUANA DELGADO ORTIZ

JORGE MATIA BELTRÁN

1 Introducción

Los pacientes pediátricos son unos de los más complejos que se atienden en la sala de emergencias debido a su corta edad. Los niños necesitan una asistencia muy individualizada y paciente, se deben de atender con la mayor brevedad posible para así evitar que estos se pongan nerviosos complicando así su tratamiento y diagnóstico. Los pacientes pediátricos comprenden casi el 30% de los pacientes de urgencia, pero solo el 5% son pacientes inestables y graves. La mayoría de las visitas a urgencias se atienden en salas comunitarias no en salas hospitalarias. En las salas comunitarias se atienden patologías mas leves como fiebre, vómitos, diarrea, traumatismos leves e infecciones respiratorias. En las salas hospitalar-

ias se atienden normalmente patologías mas graves como traumatismos graves, crisis convulsivas, dificultad respiratoria e intoxicaciones toxicológicas.

No todos los pacientes pediátricos se deben de abordar de la misma manera, sino que se debe hacer un enfoque dependiendo de la edad de cada niño y las condiciones personales de cada paciente, estas se evaluarán en el triaje, ya que se atenderá antes a un niño de 14 años que este con una crisis nerviosa por el miedo a la atención sanitaria que un niño de 6 años que se encuentre tranquilo jugando en la sala de espera, siempre y cuando los dos se encuentren sin peligro vital y con el mismo nivel de prioridad de atención.

2 Objetivos

Conocer cuales son las causas mas comunes por las cuales se acude a urgencias.
Describir formas para facilitar la estancia del paciente en la sala de urgencias
Exponer cómo deben de ser las correctas instalaciones de las urgencias pediátricas.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se busca información en manuales de texto y revistas científicas, así como distintas páginas web, recabada la información se extrae lo más útil para la redacción de este artículo. Se hacen esquemas y resúmenes que posteriormente se desarrollan de forma que tengan una fácil lectura y comprensión, evitando en todo lo posible terminología científica y datos médicos o estadísticos que pudieran dificultar la comprensión de lo aquí expuesto

4 Resultados

Los pacientes pediátricos no se deben de atender en la misma sala que el resto de las pacientes, es por eso por lo que debe de existir una zona aparte para atender a los niños situada lo mas lejos posibles de la sala de emergencias común. En el caso de que sea posible la sala de urgencias pediátricas debe de estar aislada acústicamente para que esta se encuentre lo mas tranquila posible. Las paredes de las habitaciones y los pasillos deben encontrarse decorada con dibujos para hacerla mas acogedora y adecuada a las edades de los niños.

Las salas de emergencias comunitarias, es decir las consultas de emergencias del centro de salud, suelen ser las mismas que las de los pacientes adultos por lo que

los niños deben ser los primeros en ser atendidos, a pesar de que no corren un peligro vital.

El personal sanitario debe ser especializado en pacientes pediátricos, en el caso de los enfermeros deben haber cursado la especialidad EIR de pediatría.

En el caso de los TCAEs al no existir una titulación especializada, no se le exigirá ninguna titulación especial, aunque si es recomendable que tengan algún tipo de formación específica.

Al igual que en la sala de emergencias común debe existir un carro de emergencia en la que debe constar de medicación específica de pediatría, como puede ser un ambu pediátrico.

Nivel de prioridad:

1. La prioridad inmediata es en los casos en la que los pacientes tienen un riesgo vital, como pueden ser PCR (paradas cardio respiratorias), atragantamientos, pérdida brusca de conciencia sin ninguna respuesta... El personal se centra principalmente en estos pacientes ya que sufren un gran riesgo vital.

2. Traumatismos craneales: En los niños se deben atender con gran rapidez porque, aunque normalmente no suponga ningún riesgo, en algunos casos puede desencadenar en problemas muy graves y dejar secuelas a largo plazo. No es algo muy común, pero se debe de valor con rapidez.

3. En bebés recién nacidos y niños es muy común que ocurran infecciones respiratorias, principalmente de vías altas, a pesar de que la mayoría no son de gravedad, son muy incapacitantes para los niños debido a la dificultad respiratoria que padecen.

4. Los vómitos y la diarrea son muy comunes sobre todo una vez comienzan su etapa escolar, pero se debe acudir a urgencias en los casos en los que esta dure más de 24 horas, ya que en edades tan tempranas la deshidratación ocurre de manera muy rápida y es necesario administrar sueroterapia intravenosa y medicamentos antieméticos para que esta cese.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que la mayoría de los pacientes pediátricos acuden al centro por enfermedades livianas, estos se deben atender con la mayor brevedad posible. Las enfermedades más comunes por las que los niños acuden a los centros médicos son por infecciones de vías respiratorias, por traumatismos, diarreas, vómitos... El personal debe tener conocimientos específicos para el tratamiento de sus pacientes, y debido a la corta edad de los mismos debe colaborar en todo momento junto con sus familiares, para así conseguir mantener al niño lo más sereno posi-

ble. Antes de realizar cualquier técnica es necesario explicársela a los padres para así mantener el control de la situación y que estos estén tranquilos, no tenemos que olvidar que son niños no adultos en miniatura y estos son los mas importante para sus padres por lo que estos se encontraran impotentes antes estas situaciones. No solo se le debe explicar a los padres los procedimientos, sino que también se le debe explicar a los niños ya que aunque no lo entiendan del todo, sabrán que lo hacemos por ellos para que se encuentren mejor y aunque no lo parezca ellos entienden mucho mas de lo que pensamos por eso debemos informarlos bien en todo momento y solicitar su consentimiento, no debemos invadir su espacio hasta que este nos haya dada su permiso.

6 Bibliografía

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

Capítulo 117

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO Y EL CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CONSUELO CALVO CARPINTERO

MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO

ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO

MARIA JUANA DELGADO ORTIZ

JORGE MATIA BELTRÁN

1 Introducción

El síndrome confusional agudo es una manifestación clínica que produce un cuadro agudo y fluctuante del estado mental, con desatención y niveles de conciencia alterados por un periodo de tiempo que puede durar desde horas hasta meses. Suele aparecer de forma brusca y afecta especialmente a ancianos hospitalizados y pacientes con demencia.

Su diagnóstico es clínico y se basa en la anamnesis y en el examen físico del paciente. La identificación y tratamiento de las causas que conllevan su aparición son suficientes en muchas ocasiones para resolverlo.

Esta englobado dentro de los síndromes geriátricos debido a la alta prevalencia entre este colectivo, pues presenta tasas de hasta el 14% en mayores de 85 años

hospitalizados y entre el 22 y el 76% de los ancianos institucionalizados pueden padecerlo. Destacar que entre el sexo masculino se produce con más frecuencia. Su desarrollo incrementa la morbilidad y mortalidad, así como los costes sanitarios. Aumenta las estancias hospitalarias y disminuye la calidad de vida haciéndose necesarios unos cuidados especializados y llevando a la institucionalización a largo plazo.

El síndrome confusional es considerado una urgencia médica muy prevalente y subdiagnosticada en todos los niveles asistenciales. Se hace indispensable la detección precoz de los factores precipitantes con el fin de aplicar un tratamiento integral para evitar sus complicaciones.

2 Objetivos

Concienciar de la importancia de la detección precoz como tratamiento para el síndrome confusional agudo.

Establecer unos cuidados de calidad que reduzcan la morbilidad y mejoren la calidad de vida del paciente

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación de revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Las bases de datos consultadas son: Scielo, Pubmed y google académico, utilizando los términos "síndrome confusional" "delirium" y "síndrome geriátrico".

4 Resultados

El síndrome confusional agudo, cuyo acrónimo es SCA, es un síndrome multifactorial formado por un conjunto de síntomas y signos que afectan al nivel de consciencia y al deterioro de las funciones cognitivas del paciente tales como atención, percepción, pensamiento, memoria, conducta psicomotriz, emociones y ciclo del sueño- vigilia.

Es conocido también con el termino de delirium, termino latino cuyo significado es "fuera de ruta". El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales lo define como una alteración del nivel de consciencia acompañada de trastornos cognitivos que se instaura en un periodo breve de tiempo y que tiende a ser fluctuante.

El reconocimiento precoz, la correcta identificación de las causas precipitantes y establecer las medidas terapéuticas adecuadas serán cruciales para su abordaje. La prevalencia del síndrome en ancianos de 75 años en adelante es muy elevada, siendo casi desconocida en menores de 65 años, en la comunidad solo se da entre un 1-2% de la población mientras que los ancianos las cifras oscilan entre un 10-56% entre los hospitalizados y hasta un 76% de los ancianos institucionalizados. Es por ello que el SCA es considerado como uno de los “grandes síndromes geriátricos”.

Los factores de riesgo para su aparición son:

- Envejecimiento cerebral fisiológico
- Presencia de patología orgánica cerebral (demencia o deterioro cognitivo, depresión y ansiedad)
- Situación funcional previa (síndrome de inmovilidad)
- Cambios neuroquímicos y psicológicos
- Hospitalización
- Infecciones
- Fármacos, tres o más fármacos.
- Alteraciones metabólicas y desnutrición
- Insuficiencia de cualquier órgano o sistema
- Enfermedades neurológicas agudas
- Enfermedades endocrinas
- Cirugía previa
- Intervenciones agresivas
- Dolor

La sintomatología aparece de forma brusca y fluctúa a lo largo del día, siendo más pronunciada en la noche. El cuadro clínico puede durar entre unas horas, días o meses. Las manifestaciones clínicas para el SCA son:

- Trastorno de la atención, el paciente se distrae fácilmente.
- Pensamiento desorganizado que se mostrara mediante un lenguaje incoherente e irrelevante.
- Trastorno de la percepción, puede presentar ilusiones y /o alucinaciones.
- Disminución del nivel de consciencia, puede pasar del estupor a la excitabilidad rápidamente y viceversa.
- Alteraciones del ciclo sueño- vigilia
- Desorientación, primero en el tiempo y posteriormente en el espacio.
- Alteraciones de la memoria, especialmente la anterógrada, aunque también puede verse alterada la retrógrada.

- Alteraciones de la actividad psicomotora, algunos estarán intranquilos mientras que otros pueden ver reducida su actividad.

Según de predominantes sean los trastornos que presenta el paciente su forma clínica así será su clasificación:

- Delirio hiperactivo cuando el paciente presenta un aumento de la actividad psicomotriz, con una agitación evidente. Este estado puede llevar a un diagnóstico erróneo y no tratar alguna causa grave subyacente.

- Delirio hipoactivo, donde la actividad psicomotriz aparece disminuida por lo que en ocasiones puede pasar inadvertido.

- Delirio mixto, combinando rasgos de agitación con letargia.

Su diagnóstico es básicamente clínico y la herramienta más utilizada es el Confusion Assessment Method (CAM). El CAM consiste en una escala de rápida aplicación y según los estudios es el instrumento de mayor utilidad para su diagnóstico.

Para evitar un diagnóstico erróneo y no tratar las causas subyacentes es necesario realizar un diagnóstico diferencial frente a otras entidades, tales como demencia o psicosis.

Si se trata de forma precoz y eficaz puede revertirse mejorando su calidad de vida, los cuidados precisados e incluso evitar el internamiento del anciano.

Para su abordaje se realizará un manejo no farmacológico reservando el tratamiento farmacológico solo a los casos graves ya que no existe un fármaco específico para su manejo. Solo se recurrirá a la medicación si es necesario en casos de agitación, usándose en dosis bajas y durante el menor tiempo posible ya que la sedación excesiva puede dar complicaciones como la aspiración, la apnea o la inmovilidad.

Con las siguientes estrategias se busca calmar al paciente tratando de evitar o prevenir los factores que precipitan el síndrome confusional agudo:

-orientar al paciente en espacio y tiempo con el uso de relojes, calendarios, objetos personales y familiares, tales como fotos, gafas y audífonos.

- Trato amable y adecuado evitando actitudes hostiles. Se explicarán los procedimientos a realizar, utilizando frases cortas y un tono calmado, disminuyendo los estímulos y los movimientos excesivos, así como el uso de contenciones.

- eliminar ruidos irritantes

- Asegurar un buen estado nutricional y de hidratación del paciente, controlando su diuresis y evitando el estreñimiento. Es recomendable el uso de prótesis dentales, de esta forma favoreceremos la ingesta de nutrientes.

- Se buscará el descanso adecuado del paciente por lo que se evitaban los despertares innecesarios y el ruido.

- simplificar el área de cuidados quitando objetos innecesarios.
- Limitaremos el numero de visitas y los cambios de personal que atienden al paciente.
- Se ha de procurar no colocar a dos pacientes con SCA en la misma habitación. Si es posible se intentará poner al paciente en una habitación individual.
- durante el traslado a pruebas diagnósticas o terapéuticas el paciente será acompañado por un familiar o por su cuidador principal.
- Buscar la implicación de la familia que junto con los sanitarios deberán ser un elemento tranquilizador, por lo que se proporcionarán herramientas de actuación en caso de que aparezcan signos propios como gritos, inquietud, agresividad verbal o irritabilidad.

Se ha demostrado que el tratamiento más efectivo es atacar las causas de base, es decir, tratar la etiología, consiguiendo de esta forma controlar los síntomas.

El síndrome confusional tiene un mal pronostico con un aumento de la mortalidad y morbilidad, prolonga las estancias hospitalarias y lleva a la institucionalización de los pacientes, así como el deterioro funcional y el déficit cognitivo.

Además implica una serie de complicaciones médicas como la infecciones, las trombosis, las úlceras por presión debido a los encamamientos prolongados así como las infecciones nosocomiales.

Se ha demostrado que el tratamiento más efectivo es atacar las causas de base, es decir, tratar la etiología, consiguiendo de esta forma controlar los síntomas.

El tratamiento preventivo sin duda reduce el numero y la duración de los episodios, por lo que una detención precoz optimiza los resultados en comparación con los cuidados sanitarios recibidos.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome confusional agudo es frecuente en ancianos, de complicación grave y que si es infradiagnosticado puede aumentar la morbilidad del paciente, así como el consumo de recursos sanitarios. Su etiología es multifactorial y el mejor tratamiento es abordar los factores desencadenantes para revertir su estado tal y como demuestran los estudios existentes.

El SCA es una urgencia médica muy prevalente en todos los niveles asistenciales, asociada a otras complicaciones lo que aumenta la estancia hospitalaria, así como la morbilidad y mortalidad por lo que es necesario formar a los profesionales y cuidadores para favorecer el descanso del paciente y prestar unos cuidados de calidad evitando así las complicaciones que puedan surgir debido a un manejo inadecuado

6 Bibliografía

ANTELO, María José García. Síndrome confusional agudo. Cuadernos de atención primaria, 2012, vol. 18, no 4, p. 303-305. https://www.agamfec.com/wp/wpcontent/uploads/2014/07/18_4_Parasaber_1_Cadernos.pdf

Lupiáñez Seoane P, Muñoz Negro JE, Torres Parejo Ú, Gómez Jiménez FJ. Estudio descriptivo del síndrome confusional agudo en Urgencias [Descriptive study of delirium in the emergency department]. Aten Primaria. 2021 Jun-Jul;53(6):102042.

Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102042. Epub 2021 Apr 8. PMID: 33839636; PMCID: PMC8055560.

Capítulo 118

EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES DE DIALISIS

CONSUELO CALVO CARPINTERO

MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO

ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO

MARIA JUANA DELGADO ORTIZ

JORGE MATIA BELTRÁN

1 Introducción

La insuficiencia renal es aquella situación en la que se produce un fracaso de las funciones del sistema renal, con lo cual hay un fallo de la función depuradora, reguladora y endocrino-metabólica del riñón, esta situación puede ser aguda o crónica. Al perder la función depuradora y reguladora, se origina una retención de productos metabólicos tóxicos y una alteración del volumen, de la concentración de solutos y del equilibrio ácido-base del organismo. Con lo que se produce una situación de peligro para la vida del paciente y por lo tanto se debe poner en marcha algún mecanismo que nos permita establecer de nuevo estas funciones perdidas. La pérdida de la función endocrino-metabólica (la que produce calcitriol

y eritropoyetina) no supone un peligro para la vida del paciente, aunque si para la calidad de vida de este. En los últimos años se ha producido un gran avance en las técnicas sustitutivas de la función renal que resultan más eficaces y seguras. Los efectos del procedimiento de hemodiálisis sobre el paciente suelen ser leves. Puede surgir un dolor moderado en el momento de la punción de la fistula arteriovenosa, incluso cuadros de dolor de cabeza, calambres e hipotensión (caída de la presión arterial) durante la sesión.

2 Objetivos

Los objetivos serán conocer los accesos vasculares para pacientes en hemodiálisis, identificando ventajas y problemas asociados con cada tipo de acceso. Valorar los factores que afectan a la insuficiencia renal crónica del paciente sometido a hemodiálisis. Llevar a cabo cada uno de los cuidados a los que son sometidos los pacientes en hemodiálisis.

3 Metodología

Se ha hecho una revisión bibliográfica sistemática en páginas de google, pubmed, revistas, libros con información relacionada con el tema y los objetivos a tratar, basado en una revisión de la literatura para identificar los documentos más relevantes sobre cuidados proporcionados por el profesional del equipo de enfermería a pacientes sometidos hemodiálisis, calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis.

Las palabras claves en la búsqueda son hemodialisis, funciones ,vascular ,riñon .

4 Resultados

Aunque la atención integral al paciente renal es labor del equipo multidisciplinar, es el equipo de enfermería, junto con el TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería), quien se ocupa de los cuidados básicos del enfermo a lo largo de todo el proceso de su enfermedad.

En la Unidad de Hemodiálisis, el TCAE se encargará fundamentalmente de:
Mantener el área del paciente y todas las salas de la Unidad.

Preparar el material de diálisis necesario que se utilizará con cada paciente (paños estériles, jeringuilla y agujas para analítica, agujas fistula).

Pesaremos al paciente a su llegada antes de iniciar la sesión, siempre con la misma ropa y lo anotaremos.

Recibir al paciente asegurándose que esté cómodo y comprobar que la máquina está lista para utilizarse.

Verificar que el paciente está en condiciones óptimas para iniciar la sesión. Si hay alguna anomalía o incidencia, deberá anotarla y comunicarla al médico o a la enfermera.

Avisar al paciente que debe lavar el acceso.

Comprobar signos vitales del paciente.

Pesar al paciente después de cada sesión y anotarlo.

Realizar test de presencia de ácido peracético antes de conectar al paciente.

Medir presión arterial cada 30 minutos y anotarlo.

Anotar ingesta y diuresis realizados durante la sesión.

Asistir a la enfermera en el procedimiento de conexión y desconexión de la fistula o del catéter, colaborando con ésta y aportándole todo aquel material que pueda necesitar o requerir.

Desmontaje y desinfección de los monitores de diálisis una vez terminada la sesión y de todo el material utilizado en la misma.

Retirar, preparar y empaquetar el material que vaya a ser esterilizado posteriormente.

Limpieza y desinfección

Preparar el material necesario para el siguiente paciente.

Así mismo, apoyará en todas aquellas actividades o tareas para las que pueda ser requerida en la Unidad por la enfermera o el enfermo. También participará en la creación de un clima agradable para la persona dializada y tendrá un trato humano con ésta.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE (auxiliar de enfermería), en colaboración con la enfermera, servirá de apoyo en todos aquellos cuidados que el paciente requiera, velará por su bienestar físico y psicológico de manera que le haga sentirse seguro y fomentará el autocuidado. La insuficiencia renal es una enfermedad progresiva en un gran número de casos. El impacto emocional, psicológico que sufre la persona al conocer que padece una enfermedad renal crónica le genera sentimientos de rabia y frustración. Los cambios que sufrirá a lo largo de todo el proceso requerirán, por parte del paciente, que este sea capaz de adaptarse a los mismos. El apoyo que se

le dé al paciente para superar esta nueva etapa es de gran importancia y, en ello, la familia juega un papel fundamental.

6 Bibliografía

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

Capítulo 119

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PACIENTE TERMINAL

SANDRA BUENDIA GÓMEZ

SANDRA ZARZALEJO LLORENTE

MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ

TANYA ANGELOVA KARTSELSKA

BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO

1 Introducción

Para el TCAE, el primer paso para tratar a un paciente terminal es perderle miedo a la muerte y verla como un ciclo natural. Además es importante que para ser un buen profesional sanitario que se desarrolle una gran comunicación entre el paciente y la familia, y así aumentar la autoestima del paciente.

A estos puntos tan importantes debemos incluir que los cuidados para pacientes terminales son administrados por un equipo interdisciplinar donde se incluye, entre ellos a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, TCAE, consejeros y celadores.

El equipo trabaja para brindarle al paciente y a la familia consuelo y apoyo.

Podemos resumir que la pérdida de una persona es traumática por lo tanto es necesario un tiempo y un periodo para volver a la normalidad. Para los TCAE es

algo inevitable encontrarse con la muerte ya que trabajan en cualquier ámbito asistencial, es decir se asocia al desarrollo de su profesión.

No hay discusión de la responsabilidad por parte del TCAE de mejorar las condiciones del paciente y también satisfacer las necesidades tanto del paciente como de los familiares en esta etapa del final de la vida; se llevará a cabo previniendo situaciones que pongan en riesgo la integridad del paciente, acompañando, humanizando la muerte y ofreciendo elementos que ayuden al paciente a llevar este período lo más tranquilo posible.

2 Objetivos

- Redactar las funciones del TCAE en el paciente terminal
- Conocer las estrategias para enfrentarse al final de la vida
- Desarrollar capacidades para acompañar al paciente y a la familia.

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: paciente terminal, muerte, TCAE, muerte digna.

4 Resultados

La función del TCAE en esta etapa es importante y hay que conocer ciertos aspectos:

Bienestar.

La comodidad del paciente es el objetivo de todo el proceso asistencial. El TCAE se encargará de mejorar la calidad de vida disminuyendo sufrimiento del paciente y de sus familiares, conservando la autonomía, la dignidad de las personas y su capacidad de decisión, e intentando que sigan hasta el final participando activamente en la toma de decisiones durante todo el proceso asistencial.

Atención integral.

El paciente y su familia son considerados como unidad, dándoles una atención integral e individualizada para así tener en cuenta las necesidades de todos ellos

a todos los niveles: físicos, emocionales y espirituales.

Atención a la agonía.

La fase previa a la muerte es la llamada Fase agónica, por lo tanto durante los días próximos a la muerte, el paciente y su familia necesitarán una atención centrada en un cuidado más específico y un seguimiento continuado.

En esta fase el objetivo terapéutico irá dirigido a proporcionar comodidad al paciente y familiares, siendo necesario:

- Reevaluar a diario la estrategia terapéutica.
- Procurar controlar los síntomas más difíciles y estresantes para el paciente.
- Aumentar el apoyo emocional tanto al paciente como a la familia.

Los signos clínicos más frecuentes en la agonía son la debilidad extrema, la posturación, la disminución del nivel de conciencia, además de la incapacidad para ingerir alimentos y/o medicación por vía oral.

Podemos resumir los cuidados que tienen que llevar a cabo por el TCAE en el cuidado y la atención del paciente terminal en función de las necesidades del paciente:

1. Higiene

Normalmente el paciente en fase terminal suele pasar gran parte del día encamado, por tanto, el aseo suele ser realizado por el TCAE.

Es importante respetar la intimidad del paciente en todo momento y mantener unas condiciones óptimas para su comodidad.

El primer paso será la limpieza de los ojos que se deben de limpiar a menudo con gasa impregnada en solución salina para evitar acumulación de secreciones y sequedad de las córneas. Posteriormente, se realizará el aseo en el orden habitual y en última estancia se aseará la zona genital.

Debemos mantener la piel seca e hidratada mediante lociones corporales hidratantes, mantendremos la boca y los labios también hidratados.

2. Alimentación

Valoraremos el grado de tolerancia del paciente y nos adaptaremos a las decisiones del paciente sin forzarlo a realizar lo que no desee.

Para asegurarnos una buena ingesta disminuirémos cantidades y ofreceremos alimentos que apetezcan para el paciente, es importante una buena posición del paciente en el momento de la ingesta, para evitar atragantamientos y que se sientan cómodos.

Después de las comidas es importante realizar la higiene oral.

3. Eliminación / evacuación

Debido a la medicación y a la inmovilidad es habitual en pacientes en fase terminal el estreñimiento, por eso nos centraremos en llevar a cabo un aumento

de ingesta de líquidos, laxantes bajo prescripción médica, así como la administración de enemas si fuera necesario.

Podemos encontrarnos vómitos y náuseas, algo que es habitual en esta fase, es necesario intentar disminuir o evitar de la siguiente manera:

- Respirar profundamente disminuye el reflejo nauseoso,
- Evitar olores fuertes y desagradables durante las comidas
- Evitar la aspiración colocando al paciente en decúbito lateral si no hay contraindicaciones, cuando se esté produciendo el vómito.

4. Descanso

- Disponer de pequeñas siestas durante el día.
- Realizar cambios posturales cada 2-3 horas para mejorar el descanso.
- Llevar a cabo alguna serie de medidas tales como masajes para una mayor comodidad.

5. Manejo del dolor

Hay que estar pendiente de que el paciente reciba los cuidados analgésicos pautados por el personal facultativo.

Podemos enseñarle el uso de técnicas no farmacológicas, es decir, técnicas terapéuticas, que podrían ayudarle a mejorar su estado tales como la terapia musical, técnicas de relajación, etc.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE junto con el equipo interdisciplinar trabajaran para que el paciente terminal este en un ambiente cómodo y agradable y así llegar a su bienestar en estos últimos momentos de vida.

Todos los profesionales de la salud que trabajan y se implican en esta fase deberán poseer cualidades y capacidades para enfrentarse a esta situación, debido a que van a pasar la mayor parte del tiempo con la familia controlando sus emociones y estados de ánimo, empatizando con ellos.

El TCAE tiene la capacidad de reconocer el lenguaje no verbal en estos pacientes, para interpretar cualquier cambio y así poder notificarlo al personal de Enfermería o Facultativo para que posteriormente tomen las medidas oportunas.

6 Bibliografía

- <https://www.secpal.com/>
biblioteca guía- cuidados-paliativos-1
- <http://www.san.gva.es/>

documents/246911/251004/ guiasap027terminal

- <https://medlineplus.gov/>

spanish/ency/ patientinstructions/ 000467.htm

– Arca, M. G. (2014). Enfermería en el proceso de humanización de la muerte en los sistemas sanitarios. *Enfermería clínica*, 24(5), 296-301.

– Reverte, M. A. L. (2014). Atención al duelo en cuidados paliativos: guía clínica y protocolo de actuación. Síosí Punto Gráfico.

– Ramón García, R., Segura Sánchez, M. P., Palanca Cruz, M. M., & Román López, P. (2012).

Habilidades sociales en Enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Revista española de comunicación en Salud*, 3(1), 49-61.

– Cestero Mancera, A. M. (2014). Comunicación no verbal y comunicación eficaz.

– Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós.

Capítulo 120

PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS O DE MOVILIDAD REDUCIDA. PAPEL DEL AUXILIAR

AINHOA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones cutáneas de tipo isquémico producidas por la presión mantenida de forma prolongada o la fricción de dos planos duros. Son muy comunes en pacientes encamados o que pasan mucho tiempo en la misma posición a causa de limitaciones en su capacidad de movimiento. Constituyen un problema importante ya que empeoran la calidad de vida del enfermo y su entorno.

Disponemos principalmente de dos escalas para valorar el riesgo de aparición de estas lesiones, la escala Norton y la escala Braden. Estas escalas además de la diferente información clínica que hayamos obtenido ya sea a través de pruebas diagnósticas o a través de la anamnesis, nos permitirán establecer una serie de cuidados individualizados para evitar la aparición de estas lesiones en el paciente. Las úlceras por presión se clasifican en estadios según el nivel del tejido al que hayan afectado, existiendo cuatro niveles o estadios: Estadio I, en el que observaremos la piel intacta pero enrojecida que a la presión no recupera su color original. Puede ir acompañado de dolor o escozor, enduración del tejido y cambios de temperatura en la piel. Estadio II, aquí encontraremos ampollas y lesiones

primarias en la piel, a nivel de la dermis y la epidermis, ya sea total o parcialmente. En el Estadio III, en este estadio la úlcera comienza a ser profunda y sus bordes están claramente delimitados. Puede haber exudado y comienza a verse afectado el tejido muscular. Estadio IV, en este caso la afectación llega al hueso, la úlcera toma forma de cráter y existe la necrosis del tejido.

En cualquier caso antes de entrar a valorar el estadio de la úlcera será necesario desbridar el tejido necrosado para así valorar correctamente hasta donde llega la afectación, y así escoger el tratamiento más adecuado para cada caso.

2 Objetivos

El objetivo principal será conocer cuáles son los métodos más efectivos para evitar la aparición de úlceras por presión y saber como manejarlas en sus primeros estadios, evitando así el avance de la misma.

3 Metodología

Se emplea la búsqueda estructurada de artículos en diferentes medios de divulgación clínica y la revisión bibliográfica de diferentes bases de datos actualizadas, así como protocolos y guías de práctica clínica de diversa índole en diversos archivos clínicos a través de diferentes medios.

4 Resultados

Existen diferentes factores de riesgo en cada paciente, bien sean endógenos como el estado nutricional, las alteraciones en el aparato excretor y/o sistema circulatorio, la movilidad reducida o los trastornos inmunológicos; o exógenos como pueden ser los diferentes dispositivos clínicos o la mala praxis por parte de los profesionales.

Se ha visto que para evitar las úlceras por presión en pacientes encamados y sin movilidad alguna es necesario llevar a cabo distintas actuaciones:

En primer lugar observaremos la piel del paciente durante el aseo, sobretudo las zonas mas expuestas a la presión según la postura en la que más tiempo pase. Por ejemplo, en caso de mantenerse durante un tiempo prolongado en decúbito supino habrá que prestar especial atención a talones, sacro, codos, escápulas y hueso occipital. Tendremos en cuenta que la zona del cuerpo que estará sometida a más presión será la zona que más sobresalga. Para evitar la presión prolongada

programaremos cambios posturales cada dos o tres horas o utilizaremos distintos medios (colchón antiescaras de presión variable, cojines, almohadas o toallas) para mantener las zonas más susceptibles sin presión. También se ha visto que la hidratación correcta y adecuación de la piel por medio de ácidos grasos hiperoxigenados o cremas hidratantes ricas en aceites, mejoran la elasticidad de la piel y ayudan a prevenir la aparición de estas lesiones. Los ácidos grasos hiperoxigenados aplicados después del aseo y en cada cambio postural ayudan también a frenar el desarrollo de la úlcera durante el estadio I, puesto que aumentan la circulación sanguínea e impulsan la renovación celular.

Deberemos asegurarnos también de que las sábanas queden bien estiradas y sin arrugas para evitar el efecto cizalla. También de colocar correctamente empalmadores o pañales en caso de ser utilizados por el paciente.

Además, el uso continuado de dispositivos clínicos pueden provocar lesiones al paciente, como por ejemplo úlceras en las coanas nasales producidas por el uso mantenido de gafas nasales y/o sondas nasogástricas y úlceras por presión por el uso de sondas vesicales. Para evitarlo, en caso de la sonda vesical, se recomienda cambiar diariamente el lado del que cuelga la bolsa para así variar la presión, además de mantener una higiene correcta de la zona, por lo que evitaremos también infecciones del tracto urinario.

En el caso de las úlceras en la nariz, se han observado sobretodo en pacientes críticos que por su situación en cuanto a gravedad o uso de fármacos no se puede llevar a cabo la ingesta oral de alimentos.

En los siguientes estadios será enfermería y en casos extremos los médicos, quienes valoren cual será el tratamiento más adecuado puesto que según el estadio, la zona y los tejidos afectados, además de los factores propios del paciente, existen diferentes métodos ya sean químicos, mecánicos, activos o pasivos para llevar a cabo la curación de la úlcera.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de enfermería compuesto por TCAE y enfermera, serán los máximos responsables de llevar a cabo las tareas necesarias para mantener el buen estado del paciente durante su estancia en el hospital. La higiene e hidratación del paciente así como la revisión de la piel y de los dispositivos, en caso de uso, durante el aseo, tanto para prevenir la aparición como para tratar las UPP desde el mismo momento de su aparición para así frenar su desarrollo y no empeorar la calidad de vida del paciente ni de su entorno alargando su estancia en el hospital y todo lo que ello conlleva no solo para el propio paciente, si no también para el sistema

y el personal, ya que se verá aumentado la carga de trabajo y por consiguiente la calidad asistencial se verá deteriorada por causas que pueden ser en gran medida evitables.

6 Bibliografía

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

Capítulo 121

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE LA TEMPERATURA

OMAR GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La temperatura corporal o temperatura (T_a) es la causa calórica de los procesos metabólicos realizados por el organismo. Está regulada por el hipotálamo, por lo que es el responsable de que el cuerpo genere o pierda calor según sus necesidades. Las principales zonas donde se pueden tomar la temperatura son: axilar, bucal y rectal.

Para poder tomar la temperatura podemos utilizar un termómetro de mercurio (bucal, axilar y rectal), un termómetro digital (bucal, axilar y rectal), un termómetro de infrarrojos (en el tímpano) o uno electrónico (bucal, axilar y rectal). En personas adultas los parámetros en el que oscila la temperatura son:

- Temperatura normal: entre los 36,0 – 37,0 grados centígrados.
- Hipotermia: menos de 35 grados centígrados.
- Febrícula: De 37,1 a 37,9 grados centígrados.
- Hipertermia, fiebre o pirexia: Cuando la persona tiene más de 38 grados centígrados.

Los valores numéricos obtenidos deben estar dentro de unos parámetros, aunque estos valores pueden variar bastante según el paciente y en función de múltiples factores, como pueden ser la edad, sexo, según el momento del día, la actividad física, etc. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) suele tomar las temperaturas de los pacientes al principio de cada turno, aunque también se puede realizar durante el turno, ya que podemos estar pendientes de si le baja la

temperatura corporal a un determinado paciente que vemos que ha tenido fiebre al principio de nuestro turno de trabajo.

2 Objetivos

Exponer la función del TCAE respecto a la toma de temperatura del paciente, así como el procedimiento habitual de realización de la toma de temperatura.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica y una búsqueda de libros y artículos en las principales bases de datos de internet, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han usado palabras clave como: Constantes vitales, temperatura, termómetro.

4 Resultados

El método más frecuente en un hospital de toma de temperatura de un paciente es el axilar.

Para la toma de la temperatura en la axila seguiremos el siguiente procedimiento:

1. Nos lavamos las manos.
2. Explicamos al paciente lo que vamos a hacer.
3. Nos ponemos los guantes.
4. Comprobamos que la axila del paciente esté seca.
5. Bajamos la columna de mercurio por debajo de 35 grados, en el caso que se utilizará un termómetro de mercurio, sino encenderíamos el digital.
6. Colocaremos el termómetro en la axila y el antebrazo del paciente cruzado sobre el tórax.
7. Esperamos 5 minutos en el caso de termómetros de mercurio o esperar al sonido del termómetro digital.
8. Retiramos el termómetro sin tocar el bulbo.
9. Anotaremos la temperatura en la gráfica de constantes vitales.
10. Desinfectar el termómetro y recoger el material.
11. Pondremos cómodo al paciente.
12. Nos quitaremos los guantes y seguidamente nos lavamos las manos.

Para poder tomar la temperatura bucal, necesitaremos un termómetro, gasas, guantes y desinfectante. A los pacientes inconscientes, agitados y a los menores de 7 años no les podemos medir la temperatura en esta zona. En ese caso tomar la temperatura tendrá otro procedimiento, como es el axilar, ya que es el más frecuente para todos los casos.

Para la toma de la temperatura rectal se necesita un termómetro, lubricante, gasas, guantes y desinfectante.

En pacientes que tenga alguna patología rectal, pacientes agitados y pacientes que han sufrido alguna operación en la zona rectal no se le tomará en esta zona, ya que no está indicado.

Si un paciente tuviera fiebre, hay diferentes métodos para intentar bajársela, como son medicamentos destinados a este fin, como puede ser el paracetamol. Pero también se puede bajar la temperatura por medio de paños de agua fría en la frente o repartidos por los brazos, tórax y piernas. Este método se suele emplear cuando el paciente tiene fiebre muy alta.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados de Enfermería es el encargado de tomar la temperatura al paciente. Es muy importante, llevar un adecuado registro de la temperatura, ya que al terminar de tomarlas de todos los pacientes, el TCAE deberá pasarlas a la gráfica de constantes vitales, que hoy en día se hace de forma informatizada. También es de vital importancia, que el TCAE informe al enfermero si el paciente muestra una temperatura que indique que tiene fiebre, para que el enfermero pueda actuar y poder administrarle algún medicamento para poder bajarle esa fiebre. El TCAE puede ser el encargado de darle la medicación, si fuera por vía oral, pero también es el encargado de intentar bajársela con otros métodos que ya se han comentado anteriormente, como el uso de paños de agua fría por la frente y el cuerpo.

6 Bibliografía

1. <https://enfermeriapractica.com>
2. <https://eoc.cat>
3. <http://www.madrid.org>

Capítulo 122

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: USO DE LA GRÚA PARA TRASLADO DEL PACIENTE QUE REQUIERE AYUDA TOTAL

LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ

ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ

MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS

MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ

NOELIA GARCIA ARCONES

1 Introducción

El objetivo principal de la atención sanitaria es proteger la integridad física y mental de la sociedad ,para ello cuenta con las infraestructuras necesarias y un gran equipo multidisciplinar que se encarga de atender eficientemente a cada uno de sus pacientes.

Muchos de los procesos asistenciales que requieren los pacientes (por ejemplo, la realización de una resonancia magnética, un encefalograma, etc.) implican la

necesidad de traslado del paciente, cuando el paciente no puede moverse por sí mismo necesita ser trasladado en silla de ruedas o camilla , pero cuando el paciente carece de movilidad total, esto se complica porque para cambiarlo de la cama a la camilla o de la cama a la silla de ruedas o simplemente se necesita movilizar al paciente para realizar el aseo diario, todo se complica porque se necesita más de una persona para poder realizar la movilización. Lo que puede ocasionar varios problemas: primero que no dispongamos del personal necesario para realizarlo en un momento concreto y tengamos que estar esperando hasta que llegue el refuerzo y por otra que cuando se hace con menos personas de las necesarias y de forma repetitiva durante toda la jornada laboral que no se coja al paciente de forma adecuada pudiéndolo lesionar o producirse el trabajador la lesión a sí mismo. La solución a todo esto lo encontramos en la grúa para traslado de enfermos.

En la actualidad en los centros hospitalarios existen pocas unidades de grúa para el traslado y aseo de los pacientes que no poseen movilidad. Pero cómo, aunque pocas hay alguna, los técnicos en cuidados de enfermería debemos conocer el protocolo de su uso.

Podríamos definir grúa como un elemento auxiliar que supone una ayuda técnica al personal en el ámbito sanitario para movilizar al paciente dependiente de una forma más cómoda y segura tanto para el paciente como para el trabajador que tiene que realizar bastante menos esfuerzo para las movilizaciones.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Poner en conocimiento el protocolo de actuación para la utilización de la grúa para enfermos.

Objetivo secundario:

- Conocer los distintos tipos de grúas que existen en el mercado.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en la 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: grúas de enfermos, tipos de grúas de enfermos, protocolo de actuación para la utilización de

las grúas por parte de los TCAE.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre :grúas de enfermos, tipos de grúas de enfermos, protocolo de actuación para la utilización de las grúas por parte de los TCAE. , 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Existen tres tipos principales de grúas para movilizar pacientes:

- las grúas de bipedestación: Se utiliza en pacientes que, aunque no pueden mantenerse por si solos de pie, si lo pueden hacer con ayuda. Se utilizan para el cambio de pañal. Están formadas por un arnés que sujeta al paciente de las asilas y de una plataforma para apoyar los pies. Este tipo de grúas para enfermos mantienen a la persona de pie y facilitan el proceso de quitarles la ropa antes de cambiarles el pañal, asearlos o llevarlos al baño, ya que permite que las piernas y las caderas estén libres.
- Grúas de traslado: formadas por un brazo en forma de percha de dónde salen los arneses. Son las que se deben utilizar para el traslado del paciente de la cama a la silla o al baño o viceversa.
- Grúas 2 en 1: Que se pueden adaptar según la necesidad del paciente para el cambio de pañal o traslado.

Protocolo actuación traslado de paciente en grúa:

- Preparar material:
 - . Grúa (n asegurándose de su correcto funcionamiento).
 - . Arnés.
 - . Guantes desechables.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Preservar la intimidad del paciente si este está en habitación doble, a través de biombo o recorriendo cortinas si di dispone el habitáculo.
- Explicar al paciente el procedimiento que le vamos a realizar, y pedir su colaboración en la medida de lo posible.
- Colocar el arnés:

Si el paciente se encuentra en la cama: debemos poner al paciente en posición de decúbito lateral derecha o izquierdo. Una vez en esta posición colocar el arnés sobre la cama debajo de su espalda (colocar las bandas más cortas para los hombros y las más largas para las piernas). Girar al paciente hacia el lado contrario (si estaba en posición de decúbito lateral derecho ahora lo pondremos en decúbito lateral izquierdo, o viceversa) para proceder al estirado del arnés. Una vez estirado colocar al paciente en posición decúbito supino. Pasar las bandas de las piernas

por debajo de estas, cruzándolas de forma que la banda de la mano derecha se cuelga en el gancho izquierdo y la de la pierna izquierda se cuelga en el gancho derecho.

Si el paciente esta sentado: Echar hacia delante al paciente para pasar el arnés por la espalda. Volverlo a echar hacia atrás para proceder a pasar las bandas de las piernas.

- Asegurarse que el arnés está bien puesto y sujeto a las perchas de la grúa (las bandas de los brazos en el enganches del lado correspondiente y los de las piernas según se ha dicho en apartados anteriores).
- Elevar la grúa, de forma suave para proceder al traslado en cuestión. Colocar al paciente en la cama o sillón.
- Quitar arnés.
- Retirar grúa.
- Acomodar al paciente.
- Retirar todo el material utilizado, dejándolo en el lugar apropiado.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de la grúa para el desplazamiento de pacientes con poca o ninguna movilidad es un elemento auxiliar que poco a poco se va introduciendo en los centros hospitalarios, este elemento es de gran importancia para las funciones que llevamos a cabo los TCAE en el aseo y movilidad de los pacientes en nuestro día a día., por eso tiene especial importancia que conozcamos el protocolo de actuación para su uso.

Nos podemos imaginar cuan útil sería disponer de una de ellas cuando tenemos que atender a un paciente de obesidad mórbida que aunque estemos muchos técnicos de auxiliares de enfermería nos vemos y nos deseamos para proceder al aseo corporal en la cama o ponerle un pañal o vestirlo o desvestirlo para ponerle ropa limpia.

6 Bibliografía

<https://revistas-portalesmedicos.com>
<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>
<https://www.auxiliar-enfermeria.com>
<https://www.sci-geriatria.com>
<https://www.centroortopedicovalencia.com>

Capítulo 123

TÉCNICAS DE APOYO/COMUNICACIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO DESDE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

INES GONZALEZ ALBURQUERQUE

LORENA ÁLVAREZ ORDIERES

SONIA PULIDO HERENA

CELIA HUERTA MARTÍNEZ

ANA BELEN SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La hospitalización es una experiencia que se da en la que el paciente es vulnerable, por lo que es necesario realizar gran hincapié en aquellas técnicas de apoyo que logren el pleno bienestar del paciente.

Para poder llevar a cabo ese bienestar integral, es necesario que el equipo profesional encargado de su atención permanezca el mayor tiempo posible con el paciente, puesto que esto nos facilitará la identificación de sus sentimientos y expectativas ante este nuevo contexto.

La calidad de atención técnica juega un papel significativo en el bienestar del paciente, dentro de esta se incluyen conceptos como la individualización, adaptación y valoración oportuna, confort y alivio del dolor, entre otros.

Dentro del equipo profesional que se encarga de los cuidados del paciente, el TCAE forma parte de aquellos que llevan a cabo una relación directa y continua con el paciente, por lo que también será necesario realizar una buena atención interpersonal, basándose en las interacciones positivas, respeto, trato amable y cercano...

En resumen, se puede decir que la percepción del bienestar del paciente es una necesidad que cada uno vive de manera personal, por lo que tener un conocimiento y acercamiento al paciente sobre sus sentimientos dentro del hospital nos podrá ayudar para mejorar su bienestar. Para ello, se deberán poner en marcha unas técnicas de apoyo al paciente que se encuentra hospitalizado para lograr su bienestar durante el tiempo que se encuentre hospitalizado.

2 Objetivos

-Conocer las diferentes técnicas que se pueden poner en marcha para lograr el bienestar del paciente durante su estancia en el hospital.

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”, “Técnicas de apoyo” y “paciente hospitalizado”.

4 Resultados

Durante la hospitalización el paciente puede sentirse “vulnerable” ante la nueva situación que está sufriendo, por ello, el equipo profesional debe tener técnicas de apoyo y de comunicación para poder conseguir el bienestar del paciente durante su ingreso hospitalario.

Para poder desarrollar unas buenas competencias de comunicación, es necesario saber la definición de este concepto “proceso que permite la relación entre las personas, representa el elemento básico en la interacción personal”.

Dentro de la comunicación se pueden distinguir 3 niveles:

- Nivel intrapersonal: elaboración de ideas y pensamientos propios de manera interna e íntimas.

- Nivel interpersonal: interacción entre dos personas y/o grupo reducido

- Nivel público: interacción entre un grupo numeroso de personas.

Y dentro de esta comunicación, se tienen en cuenta una serie de factores:

- Percepciones: vista particular de cada persona.

- Escala de valores: prioridades de cada persona.

- Espacio y territorialidad: es la distancia que se debe mantener a la hora de realizar la comunicación.

- Emociones: son los sentimientos que tiene la persona en ciertas situaciones y/o acontecimientos.

- Trasfondo sociocultural: en este se determinan las actitudes, prejuicios, ideas...

- Conocimientos: nivel cultural

- Entorno: cuando éste sea cómodo y agradable va a facilitar la comunicación

- Paralenguaje: variaciones no lingüísticas (tono de voz, ritmos...)

Cuando el paciente ingresa en el hospital, se suele dar una relación de ayuda entre el paciente y el profesional, este tipo de relación tiene una serie de características: no es espontanea, particular, única, irrepetible, persigue unos objetivos concretos y definidos, roles de los participantes muy bien delimitados (profesional/paciente) ...

Este tipo de relación viene estrechamente relacionada con 3 conceptos imprescindibles:

- Calidez: actitud permisiva, es la constancia de sentimientos para con el paciente.

- Empatía: dentro de esta se destacan varios niveles de empatía (paráfrasis, reflejo...)

- Autenticidad: Es la capacidad de expresión de sentimientos y pensamientos que se dan hacia el paciente. Tienen la finalidad de fomentar o reforzar una relación. Como bien sabemos, las personas son heterogéneas por lo que el profesional estará expuesto a gran variedad de personas y deberá adaptarse a la situación teniendo en cuenta lo anteriormente citado. En ocasiones podemos hablar con niños, adolescentes o con personas mayores, teniendo que adaptar constantemente las técnicas de apoyo.

5 Discusión-Conclusión

El paciente hospitalizado puede verse vulnerable ante el cambio de contexto, por lo que el equipo profesional que estará al frente de los cuidados del paciente,

deben tener ciertos conocimientos y técnicas acerca de la comunicación, ya que esto ayudará al bienestar del paciente.

Para realizar y poner en marcha esas técnicas hay que tener en cuenta una serie de factores que van a influir directamente a la relación que se pueda establecer con el paciente (percepción, valores, emociones, conocimientos...).

Puesto que las personas son diferentes entre sí, los pacientes pueden tener distintos valores y percepciones de la situación que están teniendo, por lo que habrá que adaptarse a la situación y sobre todo, a la edad del paciente, ya que no es lo mismo tener una conversación con un niño que con un adulto o un anciano.

6 Bibliografía

”Comunicación y apoyo psicológico al paciente hospitalizado” Marina Cruz Moreno y Ana M^a López Jaén

Capítulo 124

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO A LOS PACIENTES CON DISFAGIA

MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO

CRISTINA FLORINA GRAMA

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

NATALIA ERUSTES LÓPEZ

EVA MENCÍA MORENO

1 Introducción

La disfagia es un trastorno en el cual las personas sufren problemas para poder deglucir con normalidad. En la mayoría de los casos ocurre en personas mayores, aunque también se puede deber a consecuencia de padecer ciertas enfermedades. Los pacientes que tienen disfagia, suelen tener problemas a la hora de ingerir alimentos, por eso se deben de adaptar las dietas, los líquidos les cuesta más ya que estos presentan menor consistencia.

Algunos trastornos que pueden desarrollar disfagia pueden ser:

- Sufrir trastornos neurológicos como la parálisis cerebral, la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, distrofia muscular.

- Tener trastornos en el esófago como ERGE, que es la enfermedad de reflujo gastroesofágico.
- Sufrir un accidente cerebrovascular y que exista un daño neurológico en el que se de esta afectación
- Divertículos de Zenker: Se trata de una bolsa pequeña que va recolectando partículas de la comida que ingerimos en la garganta.
- Los traumatismos tanto en la cabeza como en la medula espinal también pueden ser causa de sufrir este trastorno.
- Padecer cáncer de cuello, esófago, o cabeza.

Algunas medicinas pueden resultar útiles para establecer un tratamiento con este tipo de pacientes, aunque las afecciones más graves deberán de someterse a una intervención quirúrgica.

La disfagia puede hacer que los músculos de la garganta se debiliten, y así dificultar el paso de la comida.

2 Objetivos

- Conocer e identificar cuáles son los factores de riesgo que se pueden sufrir al padecer disfagia
- Complicaciones que sufren los pacientes
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el reconocimiento de los signos y síntomas de la disfagia

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica de los artículos científico-sanitario relacionados con la disfagia. Seleccionando aquellos que hemos considerado más relevantes. Se han utilizado las bases de datos más importantes: Medline, Scielo, Google Scholar, Pubmed.

4 Resultados

Algunos síntomas que pueden presentar las personas que sufren disfagia pueden ser: alimentos o ácido estomacal que vuelve a la garganta, regurgitación, babeo, ronquera, imposibilidad de tragar, dolor, acidez estomacal frecuente.

A la hora de realizar el proceso de deglución participan diferentes músculos y nervios, si existe una afección que debilite a estos puede desarrollar disfagia.

Existen algunos factores de riesgo, el envejecimiento produce un desgaste natural del esófago y algunas enfermedades de base que afecten al sistema nervioso.

La dificultad para deglutir puede desarrollar otro tipo de trastornos como:

El paciente que sufre de disfagia puede manifestar malnutrición, deshidratación y pérdida de peso.

Desarrollar una neumonía por broncoaspiración, esto consiste en que los alimentos que se han ingerido en vez de acabar en el estómago terminan en las vías respiratorias, debido a que los alimentos introducen bacterias en los pulmones.

También pueden sufrir un accidente y atragantarse, si el alimento bloquea de manera completa las vías respiratorias, y utilizando las diferentes técnicas de primeros auxilios no se logra desobstruir la vía aérea, puede producirse la muerte por asfixia.

Este tipo de trastornos no se pueden prevenir pero si se puede reducir el riesgo de tener consecuencias y complicaciones.

La persona debe de comer despacio y masticar muy bien los alimentos, además en el caso de determinados pacientes, el líquido les será muy difícil de ingerir por lo que se deberá de utilizar espesante, esto se trata de una sustancia que al mezclarse con el líquido aumenta su viscosidad volviendo a este más espeso, no cambia ni su olor ni su sabor.

Algunos signos que nos deben de hacer sospechar de que la persona pueda tener problemas a la hora de deglucir son las alteraciones del nivel de la consciencia, del lenguaje, haber sufrido de atragantamientos con anterioridad.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver la disfagia es una afección que sufren sobre todo las personas mayores, y otras personas que tienen diferentes enfermedades sobre todo que tienen un daño neurológico. Para ayudar a estos pacientes se les puede modificar la dieta y ponerles una dieta de fácil masticación, añadirles espesante en el líquido que vayan a ingerir, y que coman despacio para evitar atragantamientos. Algunos pacientes que presentan disfagias más severas pueden precisar llevar una sonda nasogástrica para poder obtener el alimento necesario.

Por eso el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe de tener conocimiento de este tipo de trastorno, ya que en las personas mayores es muy común que presenten dificultad a la hora de ingerir alimentos.

6 Bibliografia

Emmett SD. Otolaryngology in the elderly. In: Flint PW, Francis HW, Haughey BH, et al, eds. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier

Fager SK, Hakel M, Brady S, et al. Adult neurogenic communication and swallowing disorders. In: Cifu DX, ed. Braddom's Physical Medicine & Rehabilitation. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier <https://es.wikipedia.org/wiki/Disfagia>

Capítulo 125

SÍNDROME DE CAPGRAS

EVA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Entre los múltiples síndromes existentes que afectan a la capacidad de reconocimiento o identificación se encuentra el síndrome de Capgras, cuyos síntomas fueron descritos e identificados en 1923 por el psiquiatra francés Jean Marie Joseph Capgras, de quien la patología toma nombre.

Jean Marie Joseph nació en 1873 en Verdun-sur-Garonne (Francia) y años más tarde recibió su título de médico en Toulouse. Tras obtener dicho título trabajó en varias instituciones mentales del país y estuvo asociado, en su última etapa profesional, con el hospital Sainte-Anne.

Fue discípulo de Magnan, Alix Joffroy y Paul Sérieux. Junto con este último escribió en 1909 el libro "Las locuras razonantes. El delirio de interpretación", obra clave en el estudio histórico de la paranoia.

A la edad de 50 años el psiquiatra reconoció una nueva patología neuropsiquiátrica bajo el nombre de L'illusion des Sosies o Ilusión de los Dobles - actualmente reconocida como Síndrome de Capgras- y notificó el caso de una mujer de 74 años que afirmaba que su esposo había sido remplazado por un extraño.

El nombre L'illusion des Sosies fue tomado de una obra del comediógrafo romano Plauto titulada "El Anfitrión". En dicha obra el dios Mercurio toma la forma física de Sosias, el sirviente de Anfitrión, con el objetivo de seducir la esposa de él. De ahí deriva el significado del término "Sosia" como una persona que tiene parecido con otra hasta el punto de poder ser confundida con ella.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Estudiar la historia, causas y sintomatología del síndrome de Capgras, recabando toda la información necesaria para presentar una visión general sobre la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática a través de internet, consultando diferentes portales especializados en la materia. Además, se han realizado diferentes lecturas sobre la temática a tratar con el fin de recopilar diferentes puntos de vista clínicos.

4 Resultados

La ideación delirante de la sustitución por un doble es el síntoma más característico y definitorio del síndrome de Capgras, por el cual la persona tiene una firme convicción de que una persona próxima, con la que existe un fuerte vínculo emocional, ha sido sustituida por un impostor que es idéntico en todos los aspectos, pero a pesar de ello, quien lo sufre aprecia sutiles diferencias respecto al individuo original. A este síntoma le acompañan el rechazo o la evitación de dicho familiar cercano, la pérdida de reconocimiento emocional con el mismo, la convicción delirante, graves problemas familiares o de pareja asociados al rechazo y la conducta de evitación por parte de quien sufre el síndrome hacia el doble e ideas paranoides.

La ilusión de los dobles es más frecuente en mujeres, y puede darse temporalmente o de forma crónica, pudiendo aparecer en cualquier momento de la vida. Actualmente no existe un consenso sobre la explicación en el origen y mantenimiento del Síndrome de Capgras, considerándose éste multifactorial. Lo que sí se ha observado, es que a menudo aparece junto con trastornos orgánicos cerebrales de base como lesiones craneoencefálicas o tumores cerebrales, así como con demencias neurodegenerativas, pero también puede ocurrir en enfermedades psiquiátricas primarias, como la esquizofrenia paranoide, la depresión psicótica o los trastornos delirantes.

Además, se ha observado este síndrome en entre un 6 y un 30% de los casos de pacientes con alzhéimer y, en un porcentaje menor, en otros tipos de demencias

como los cuerpos de Lewy o el párkinson.

El médico neurólogo es el especialista más conveniente para el diagnóstico del síndrome de Capgras. Este realizará pruebas neurológicas y neuropsicológicas: test de fluidez verbal, fonológico y semántico, test verbales para comprobar el estado de la memoria, test de reconocimiento facial y tareas de reconocimiento de caras, test multitarea para corroborar las funciones ejecutivas y Test de WAIS, para medir la capacidad visoespacial.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de su historia como ente conceptual, el síndrome de Capgras ha sufrido los vaivenes de la misma historia de la psiquiatría en el siglo XX. De un enfoque excluyentemente psicoanalítico al principio, en los últimos 30 a 40 años el síndrome de Capgras se ha "neurobiologizado".

El síndrome de Capgras sigue siendo un misterio para la investigación en neurociencias, ya que se trata de un síndrome poco común. Parece importante considerar el aumento de estudios con el consiguiente aumento de los conocimientos sobre el mismo, para ayudar a su diagnóstico y ofrecer cuidados de mayor calidad a estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Mendoza, L. & Munguía, J. Síndrome de Capgras. Recuperado 30 de junio de 2022, de <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2016/pdf/Vol10-1-2016-8.pdf>
2. Sims, A. (2008). Síntomas Mentales. 1st ed. 1 volume. Madrid, España: Editorial Triacastela
3. Ortega, M. & Uribe, A. & Parra, A. Síndrome de Capgras. Psiquiatria.com. Recuperado 30 de junio de 2022, de <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2018-4-pos24.pdf>
4. De la Serna, J. M. (2014). Síndrome de Capgras. Web Consultas. Recuperado 30 de junio de 2022, de <https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/trastornos-mentales/sindrome-de-capgras-13444>
5. Strobbe-Barbat, M. (2019). Síndrome de Capgras: una revisión breve. Scielo Perú. Recuperado 30 de junio de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972019000100006

Capítulo 126

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DE PACIENTES CON QUEMADURAS. IDENTIFICACIÓN Y CUIDADOS

MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO

CRISTINA FLORINA GRAMA

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

NATALIA ERUSTES LÓPEZ

EVA MENCÍA MORENO

1 Introducción

Las quemaduras habitualmente suelen ocurrir por tener un contacto ya sea de manera directa o indirecta, con una fuente de calor, radiación, agentes químicos o corriente eléctrica. Una de las consecuencias de sufrir quemaduras es que se produzca la muerte celular del tejido, y dependiendo de su gravedad puede necesitar hospitalización, intervención quirúrgica o causar la muerte del paciente.

Las quemaduras podemos clasificarlas en tres grupos:

-Quemaduras de primer grado, estas solo afectan a la capa más externa de la piel, causando enrojecimiento, dolor e hinchazón de la zona.

-Quemaduras de segundo grado, en este caso se ven afectadas tanto la capa externa como la subyacente. Además de los signos descritos anteriormente, también presentan ampollas. Puede recibir el nombre de quemaduras con espesor parcial.

-Quemaduras de tercer grado, estas afectan a la capa más profunda de la piel, pueden recibir el nombre de quemaduras de espesor total. La piel afectada puede encontrarse adormecida, y presentar un color oscuro, quemada o blanquecina.

Las quemaduras a parte de dividirse en grados, también podemos clasificarlas en dos grupos, que son quemaduras menores como pueden ser las de primer grado o las que miden de 5 a 7 cm, y quemaduras mayores que son todas las demás ya sea por gravedad, o por que la extensión de la misma sea muy grande.

Un mismo paciente puede presentar diferentes quemaduras. Las quemaduras mayores deben de recibir una atención médica especializada lo antes posible.

2 Objetivos

-Conocer cuales son las medidas de actuación ante un paciente que presenta quemaduras

-Primeros auxilios a un quemado

-Identificar cuales son las cosas que no se deben de hacer para no agravar las quemaduras.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo de investigación se han revisado diferentes artículos científicos y las bases de datos más importantes como Medline, Scielo, Pubmed, Google Scholar.

Se han consultado libros de interés relacionados con los pacientes quemados, y se ha seleccionado la información más relevante.

4 Resultados

Cuando nos encontramos a un paciente que presenta quemaduras, debemos de intentar identificar de que tipo de quemadura se tratan, en el caso de que no exista rotura en la piel:

.Dejaremos que corra el agua fría sobre la zona afectada, durante al menos de 5 a 30 minutos. Esto ayudará a que el dolor no sea tan intenso.

.Una vez que se a lavado la quemadura con agua, la cubriremos con un vendaje, este siempre debe de ser estéril para evitar la contaminación de la herida y que esta en un futuro pudiera infectarse.

.Algunos medicamentos pueden ayudar a paliar el dolor, como el ibuprofeno y el paracetamol, además de aplicar crema que contenga antibiótico o aloe de vera. Las quemaduras que son consideradas menores, no suelen necesitar un tratamiento adicional.

Para las quemaduras graves seguiremos las siguientes instrucciones:

Envolveremos a la víctima con una manta gruesa o algo parecido, esto ayudará a apagar las llamas.

A las personas que han sufrido un accidentes y como consecuencia se han quemado, en ningún caso retiraremos la ropa que estén quemadas a la piel, ya que esto podría hacer que las heridas empeorasen.

Corroborar que la persona respira con normalidad, en el caso de ser necesario se realizarán las maniobras de RCP.

La parte afectada del cuerpo se deberá elevar por encima del nivel del corazón.

Se protegerán las quemaduras de sufrir presiones y fricciones.

Si la víctima presenta quemaduras por haber sufrido una descarga eléctrica, evitaremos tocar a la víctima, utilizar un objeto que no sea de metal, para evitar que la electricidad pueda afectarnos a nosotros directamente.

Se deberá de prevenir el shock, si la víctima no presenta ninguna lesión en cabeza, cuello, pierna o espalda se deberán de seguir los siguientes pasos:

Acostarlo de forma horizontal

Levantar los pies 30 cm

Cubrir con una manta

Hasta que llegue la asistencia médica especializada, se deberá mantener controlado el pulso, la frecuencia respiratoria y la presión arterial.

5 Discusión-Conclusión

Las personas que puedan sufrir un accidente y presenten quemados, dependiendo de el grado y gravedad de la misma necesitará asistencia hospitalaria.

En los casos más graves, la persona puede de precisar de una intervención quirúrgica para someterse a un injerto de piel, y ayudar a las heridas más graves que cicatricen de manera satisfactoria.

Se ha demostrado que la planta de Aloe de vera tiene beneficios sobre las quemaduras, independientemente de su gravedad, ya que esta ayuda a regenerar la

piel, y tiene resultados muy satisfactorios para ellos y su recuperación. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, deben de conocer cuáles son los pasos a seguir ante un accidente de estas características para evitar que la situación empeore, también es importante conocer que es lo que no se debe de hacer.

6 Bibliografía

Ramin Fathi, MD, FAAD, Director, Phoenix Surgical Dermatology Group, Phoenix, AZ. Also reviewed by David Zieve, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the Editorial team.

Townsend CM, ed. Sabiston Textbook of Surgery. Philadelphia

Roberts JR, Hedges JR, eds. Clinical Procedures in Emergency Medicine. 4th ed. Philadelphia, Pa: Saunders; 2022.

Capítulo 127

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA REACCIÓN ANAFILÁCTICA

MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO

CRISTINA FLORINA GRAMA

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

NATALIA ERUSTES LÓPEZ

EVA MENCÍA MORENO

1 Introducción

La anafilaxia es una reacción alérgica muy grave, y puede comprometer la vida del paciente. Denominamos alérgeno a una sustancia que pueda ocasionar una reacción alérgica.

Cuando el cuerpo ha estado expuesto a una sustancia, el sistema inmunitario intenta combatirlo segregando una sustancia denominada histamina.

La histamina es una molécula, y su función consiste en enviar señales a las células. Por ejemplo, le dice al estómago que produzca ácido estomacal. Esta sustancia es un neurotransmisor y se encuentra ubicada en las neuronas, y en el interior de las células del sistema inmunitario, y ayuda a que el organismo se defienda, en el caso de ser atacado por sustancias nocivas.

Las causas que se consideran más comunes de sufrir anafilaxia son:

.Por el consumo de fármacos
.Alergias a determinados alimentos
.Picaduras de insectos

La reacción alérgica que manifiesta una persona con anafilaxia es sistémica, esto significa que todo el organismo está comprometido, y se pueden dar diferentes síntomas a la vez. Además esta afección ocurre de una manera muy rápida y en pocos minutos. Cuando un paciente desarrolla síntomas de poder estar sufriendo una reacción anafiláctica se debe acudir a un centro médico con la mayor brevedad posible, ya que si no se puede dar un desenlace fatal.

2 Objetivos

Indicar cómo hay que actuar ante la posibilidad de que el paciente pueda sufrir un choque anafiláctico.

Conocer e identificar los signos y síntomas que producen una anafilaxia

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de los artículos científico-sanitarios existentes seleccionando aquellos que se han considerado más importantes.

Se han utilizado las bases de datos más importantes Medline, Scielo, Pubmed, Google Scholar.

4 Resultados

Describimos el shock anafiláctico como la reacción alérgica más grave que existe, independientemente de cuál sea la causa que lo esté provocando.

Cuando la víctima sufre shock anafiláctico, el cuerpo produce una reacción de forma inmediata. Una de las características principales, es que los síntomas aparecen de manera muy rápida y significativa y estos se intensifican de una manera muy rápida y desproporcionada.

Los síntomas se pueden presentar de manera muy variada como por ejemplo: Sufrir diferentes alteraciones en la piel como picor, inflamación, manchas, habones...

Puede sufrir dificultad para respirar, y manifestar presión en el tórax, sibilancias...

La víctima puede sufrir molestias en el aparato digestivo, diarrea, vómitos, dolor abdominal ...

Puede ir acompañado de confusión mental, agitación, mareos, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.

Está considerado muy grave, porque afecta a más de un órgano y esto provoca que varios órganos empiecen a fallar a la vez. El sistema circulatorio empieza a manifestarse dilatando los vasos sanguíneos, con la consecuencia de que disminuye la tensión arterial y evita que la sangre llegue correctamente a los órganos principales. Si no se toman medidas de la manera más rápida la persona podría incluso fallecer.

El fármaco que más se utiliza para este tipo de situaciones es la epinefrina o adrenalina intramuscular.

Esta sustancia la produce el cuerpo humano de manera natural. Es sintetizada en las glándulas suprarrenales, en las situaciones de estrés o peligro.

La acción principal de esta sustancia es aumentar la presión arterial, mejorar el paso del aire abriendo los bronquios, y bloquear la liberación de las sustancias que segrega nuestro cuerpo para combatir los agentes químicos, que son mastocitos y basófilos.

Se ha podido comprobar que la vía más rápida y eficaz para administrar la adrenalina es por vía intramuscular, ya que los efectos de esta se manifiesta mucho más rápido que por vía subcutánea.

Algunos pacientes son propensos a sufrir este tipo de shocks anafilácticos, por lo que siempre llevan un kit que les permite administrarse la adrenalina, de manera muy sencilla, es un dispositivo con forma de bolígrafo y esto en determinadas ocasiones les puede salvar la vida.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar cualquier persona puede sufrir un choque anafiláctico, ya que cuando una sustancia química se introduce en nuestro cuerpo este intenta defenderse segregando mastocitos y basófilos que son algunas células que componen nuestro sistema inmunitario.

Estos se segregan muy rápidamente para intentar bloquear la sustancia dañina que ha entrado en el cuerpo, y que puede comprometer los órganos principales, ya que los vasos sanguíneos se dilatan y por consiguiente la tensión arterial disminuye.

El medicamento más recomendable para este tipo de situaciones es la adrenalina, ya que revierte los síntomas de una manera satisfactoria. Se deberá de administrar

por vía intramuscular, y los pacientes propensos a sufrir este tipo de reacciones deberán portar un kit de emergencia en el que puedan administrarse ellos mismos el fármaco.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe de tener ciertas nociones sobre este tipo de reacciones, ya que se ha demostrado que cuanto antes se actúe mejor pronóstico tendrá la víctima.

6 Bibliografía

Barksdale AN, Muelleman RL. Allergy, hypersensitivity, and anaphylaxis. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier

Dreskin SC, Stitt JM. Anaphylaxis. In: Burks AW, Holgate ST, O'Hehir RE, et al, eds. Middleton's Allergy: Principles and Practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier

Capítulo 128

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: MOVILIZACION DEL PACIENTE

LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ

NOELIA GARCIA ARCONES

MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ

MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS

ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ

1 Introducción

Dentro de las funciones que tienen asignados los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en el ámbito sanitario (Estatuto de personal sanitario no facultativo de la seguridad social, abril de 1973) están hacer las camas, y controlar las posturas estáticas de los pacientes.

En el ámbito hospitalario la colocación correcta en la cama, los cambios posturales (que hacen referencia a las modificaciones de postura en el paciente encamado: decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo, decúbito prono, etc.) y las movilizaciones del paciente son técnicas que por un lado contribuyen a evitar contracturas, deformaciones y lesiones en la piel y por otro lado contribuyen a favorecer su bienestar.

Por todo ello, en este capítulo vamos a hablar de las movilizaciones del paciente, normas básicas para realizar las movilizaciones y tipos de movilizaciones.

Si partimos del término movilizar que implica poner en marcha una actividad o un movimiento con el fin de conseguir un determinado objetivo. La movilización de pacientes incluirá por una parte las técnicas para colocar y mover a los pacientes correctamente en la cama y por otra los movimientos que se realizan en la habitación o el transporte del enfermo (silla de ruedas o camilla) a otras dependencias del centro hospitalario.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer y saber aplicar el protocolo de actuación en la movilización de pacientes.

Objetivo secundario:

- Explicar los distintos tipos de movilizaciones atendiendo a si el paciente puede o no hacer movimiento de articulaciones.
- Poner en valor la figura del técnico en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: Auxiliar de enfermería, funciones del TCAE, mover, movilización de pacientes, tipos de movilización atendiendo a la movilidad de las articulaciones, protocolo de actuación para llevar a cabo una movilización de un paciente.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre las funciones del auxiliar de enfermería o TCAE, mover, movilización de pacientes, tipos de movilización atendiendo a la movilidad de las articulaciones, protocolo de actuación para llevar a cabo una movilización de un paciente, 5 años de antigüedad.

Resultados

4 Resultados

Tipos de movilizaciones atendiendo a si el paciente puede o no hacer movimiento de articulaciones por sí solo:

- Movilizaciones activas: Son las que realiza el propio paciente con supervisión (se mueven tanto articulaciones de los segmentos corporales como músculos).

Incluye:

- . Las movilizaciones con asistencia de un terapeuta.
- . Las movilizaciones contra resistencia dentro de las cuales cabe mencionar las realizadas a través de poleas.

Con este tipo de pacientes el TCAE debe estimular al paciente para que mueva brazos y piernas.

- Movilizaciones pasivas: Las realiza el terapeuta en las distintas articulaciones.

Protocolo a seguir para realizar una movilización de pacientes de forma exitosa:

- Antes de iniciar una movilización de un paciente es necesario:
 - . Conocer la enfermedad o lesión que presenta el paciente y su grado de movilidad.
 - . Asegurarse de que se dispone de los medios materiales (por ejemplo, grúa) o personales (no se necesita la misma cantidad de personas con un paciente que pesa 60 kilos que con un paciente de obesidad mórbida de 200 kilos) para su realización.
- Preparar el material necesario: guantes, grúa, biombo, solicitud de otro u otros profesionales (TCAE o celadores) para que nos ayuden, cuando sea preciso.
- Una vez preparado todo el material y se retiran todos los objetos que nos puedan entorpecer el proceso (mesas, sillones, etc.).
- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Salvaguardar la intimidad del paciente a través de biombo o recorriendo cortinas, dependiendo de la dotación de la que disponga el habitación.
- Explicar al paciente lo que se le va a hacer y pedir su colaboración.
- Durante el proceso, una vez escogida la técnica hay que sincronizarse con los compañeros que nos están ayudando y con el paciente dando una única orden, que debe ser lo más clara posible.
- Durante el movimiento siempre hay que situarse en el lado donde se va a mover al paciente, el TCAE debe tener los pies separados y uno un poquito adelantado respecto al otro, la columna recta y las piernas ligeramente flexionadas, adaptando siempre la altura de trabajo para no tener que inclinar mucho la espalda

(Con todo ello, el técnico en cuidados de enfermería-TCAE - se está evitando posibles lesiones).

- Una vez realizada la movilización deseada, acomodar al paciente.
- Recoger el material utilizado.
- Ordenar la habitación.
- Quitarse los guantes.
- Proceder al lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

Con los movimientos del paciente los técnicos en cuidados de enfermería contribuimos activamente a prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad prolongada (la inmovilidad prolongada ocasiona pérdida de fuerza y de tono muscular que pueden llegar a producir contracturas, atrofas musculares, anquilosis articulares, etc.) y a mantener la alineación corporal, la fuerza y el tono muscular. Esto pone de manifiesto el papel tan importante que desarrollamos los TCAE dentro del grupo multiprofesional que desarrolla su actividad en el ámbito sanitario para ofrecer una atención de calidad a nuestros pacientes. De ahí la importancia que tiene conocer y saber aplicar, de forma efectiva, el protocolo de actuación para llevar a cabo la movilización de un paciente. Los TCAE debemos tener una buena preparación, conociendo este y todos los protocolos de actuación que se llevan a cabo con los pacientes en el ámbito sanitario

6 Bibliografía

Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social, 26 de abril de 1973. <https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<https://www.auxiliar-enfermeria.com>

Técnicas básicas de enfermería. Smartbook. <https://www.riojasalud.es>

Capítulo 129

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO MEDIANTE UN CASO CLÍNICO

CARMEN GARCÍA MUÑOZ

NURIA DE PAZ

ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ

ILHAM SALMI LHASNI

MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ

1 Introducción

El TOC o trastorno obsesivo compulsivo es una afección de la mente que consiste en tener pensamientos obsesiones y rituales que se repiten en el tiempo una y otra vez. Estos interfieren notablemente en la vida de quien lo sufre, es consciente de ello pero no puede hacerse con el control ni detenerlos.

Actualmente, no se conoce la causa de este trastorno obsesivo compulsivo. Influyen factores como son los actores de la genética, la biología del cerebro y la química, junto al entorno del paciente, pueden desempeñar un papel importante en la afección.

De forma general, el llamado trastorno obsesivo compulsivo empieza en la época de la adolescencia o cuando se es un adulto joven. Es corriente, en los niños desarrollar un TOC a una edad más temprana que en las niñas.

Hay factores de riesgo influyentes como:

La historia familiar: Los pacientes con un pariente en primer grado que sufre TOC presenta un mayor riesgo. Esto es especialmente cierto si el familiar desarrolló TOC cuando era niño o adolescente

La estructura y el funcionamiento del cerebro: Los estudios con imágenes demuestran que los pacientes con TOC tienen diferencias en algunas partes del cerebro.

Un trauma infantil como haber sufrido un abuso infantil: Algunos estudios han vinculado el trauma en la infancia y el TOC.

2 Objetivos

dar a conocer el trastorno obsesivo compulsivo mediante un caso clínico.

3 Caso clínico

Fernando es un chico de 23 años, acude a la consulta del psiquiatra acompañado por sus padres con los cuales convive, el no está muy convencido de tener algún problema mental pero su familia está convencido de que sí y por eso ha venido. Se explora su historia clínica y tras varias entrevistas con la familia y con Fernando, venimos a saber que el desarrollo del niño ha sido normal, en la adolescencia, ya en la adultez temprana, aproximadamente hace un año su familia dice que empezó a coger manías de que todo estaba sucio, se pasaba el día limpiando la casa, no salía mucho de casa y cuando iba a estudiar, siempre refería al llegar a casa que todo estaba sucio, contaminado, lleno de gérmenes, que iban a coger una enfermedad, se lavaba las manos hasta 30 veces al día, pasaba la aspiradora cada vez con más frecuencia y ya solo salía de casa lo imprescindible, la odisea empezaba cuando volvía, se quitaba toda la ropa en la puerta, con sumo cuidado, la metía en una bolsa, la tenía en cuarentena dos días antes de meterla en la lavadora y la ponía tres ciclos seguidos, nunca la tendía en el exterior, habían tenido que comprar una secadora por que después de recogerla de la cuerda del patio de luces, la volvía a lavar una y otra vez.

La vida de Fernando y sus familiares se había convertido en un caos, apenas salía de casa nada más que para las cosas obligadas, se había matriculado en una

universidad online, arreglaba cualquier documentación oficial con el certificado electrónico y a cualquier invitación al exterior de su casa era rechazada.

Se insta a Fernando a acudir diariamente dos horas a terapia cognitivo conductual en la mañana y otras dos horas de terapia en grupo por la tarde con personas con diferentes trastornos, sus padres por la tarde acudiran a terapia de grupo con más familiares, resultando beneficiosas para todos.L

4 Discusión-Conclusión

Las terapias de grupo que se hacen grupales en los centros de especializada que consiguen muy buenos resultados con este tipo de pacientes en una doble vía.

El paciente se siente identificado con otros con su mismo trastorno o con trastornos diferentes y viendo en el exterior lo incapacitante que son para los demás.

Estas terapias dan los mejores resultados en los familiares, en estos aprenden sobre la enfermedad y a identificar que no es un mismo capricho del familiar, que no puede ser controlado y que necesita ayuda psicológica y terapeutica pero sobre todo el apoyo familiar de los convivientes para poder aprender a vivir con el trastorno y minimizar el impacto en la calidad de vida y el desempeño de las funciones diarias.

5 Bibliografía

- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw Hill.
- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2010). TOC obsesiones y compulsiones tratamiento cognitivo. Madrid: Alianza Editorial.

Capítulo 130

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EXPLICA UN DUELO PATOLÓGICO

CARMEN GARCÍA MUÑOZ

MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ

NURIA DE PAZ

ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ

ILHAM SALMI LHASNI

1 Introducción

El duelo es un conjunto de reacciones de tipo emocional, físico y social que se suceden por la muerte de una persona querida, bien familiar o ser cercano, pueden oscilar desde el sentimiento transitorio de tristeza hasta la máxima desolación completa, que en algunos de los casos más graves, puede durar años e incluso perdurar durante toda la vida . De forma reciente se ha introducido el duelo patológico como categoría en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), sin retoques en la refisión del DSM- V TR, aunque este hecho ha sido muy controvertido debido a que se puede llegar a potenciar la psicopatologización de los procesos que son normales.

Aunque hay que tener en cuenta, las pérdidas de nuestros seres queridos y de los sucesos traumáticos que nos desbordan con frecuencia, las estrategias de afrontamiento pueden volverse algo desadaptativas.

El duelo tiene una comorbilidad muy alta con un estrés post-traumático por lo que se pueden fusionar los dos y no poder diferenciarlos.

La pérdida de un ser querido conlleva una serie de fases que son transitorias, no deben de estancarse en el tiempo ni en modo ni en forma y deben de asimilarse de forma natural, siendo en algunos casos más difícil que en otros.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende explicar mediante un caso clínico la vivencia de un duelo patológico para su mayor comprensión.

3 Caso clínico

Cristina tiene 45 años, hace tres años que murió su marido de un tumor primario en las colangios que en unos meses desembocó en metástasis. Durante los seis meses estuvo de día y de noche dedicada a él, pidió excedencia en su trabajo. Desde el día de su fallecimiento sale lo mínimo de su casa. Cuenta al psiquiatra que acude porque en el trabajo han insistido mucho en que ya debería de retomar parte de su vida pero ella dice que está sola y es el único argumento que tiene. Ataño a la soledad de su casa, de sus familiares puesto que los dos son hijos únicos, con los padres mayores y que lo echa mucho de menos. Refiere no llorar desde el día del entierro salvo en contadas ocasiones pero no quiere retomar su vida por que siente que la pertenece la soledad.

Cristina se somete a terapia y el psicólogo le marca unas pautas que debe de cumplir de forma semanal, los objetivos son alcanzables y tiene que cumplirlos para la recuperación, tiene dos compañeros y un familiar que se han comprometido en las terapias a ser su apoyo y cumplir los objetivos semanales.

Cristina en seis meses es capaz de superar su duelo, empezar a vestir con colores claros y empezar a llevar una vida familiar y social que se acerca a la normalidad de una mujer de su edad con sus circunstancias personales. En el trabajo se encuentra realizada y sus compañeros han empezado a notar un cambio en ella, ante estos ánimos de los demás y el apoyo en las terapias y del entorno más cercano, la paciente empieza a superar la patología del duelo e ir superando las fases en las que se había quedado estancada.

4 Discusión-Conclusión

Las fases del duelo son diversas y estancarse en algunas de ellas puede dar lugar a un duelo patológico, en el DSM-V, se marca un periodo de 2 años para la superación del duelo por un ser querido, este tiempo viene marcado y se puede extender o acortar en función de la edad y las circunstancias de la muerte del ser querido en las primeras etapas.

Hay que tener en cuenta y no patologizar las situaciones normales, sobre todo en el duelo, y normalizar los periodos de regresión en la depresión que es normal sufrirla a lo largo de un tiempo largo. Hay que tener en cuenta el umbral psicológico del dolor y las características personales del que sufre el duelo para hacer un diagnóstico.

5 Bibliografía

- Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid:Pirámide.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. y Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. Archives of General Psychiatry, 55, 317-325.

Capítulo 131

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPLICA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

CARMEN GARCÍA MUÑOZ

MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ

NURIA DE PAZ

ILHAM SALMI LHASNI

ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ

1 Introducción

El trastorno depresivo mayor es una alteración emocional que causa sentimientos de tristeza de una forma constante y una gran pérdida de interés por realizar actividades diferentes. También se llama "depresión mayor" o un "depresión clínica", esta afecta los sentimientos, a los pensamientos y al comportamiento de la persona, puede causar gran variedad de problemas emocionales y también físicos. Es más que posible que se tenga dificultades para realizar actividades cotidianas y que, en ocasiones, el paciente sienta que no vale la pena vivir, intentando la autolisis en alguna ocasión.

La depresión mayor es más que una tristeza de forma pasajera, no es una debilidad y el paciente no puede recuperarse cuando quiera de este trastorno de una

manera sencilla. La depresión mayor puede requerir un tratamiento a largo plazo. No hay que desanimar al paciente. La mayoría de las personas que sufren de este tipo de depresión sienten mejoría con farmacología, con psicoterapia o con una terapia mixta.

Se ha comprobado que es la terapia mixta la más efectiva alternando diariamente la medicación con la terapia al menos semanal para que el paciente tenga todas las coberturas que necesita con todos los apoyos correspondientes y que sean necesarios para tener una calidad de vida y un reinicio de la depresión.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar mediante un caso clínico la depresión mayor para su mejor conocimiento por los compañeros y el público en general.

3 Caso clínico

Alicia es una mujer de 46 años, llega a la consulta de psiquiatría derivada por su médico de atención primaria, lleva dos años con tratamiento para la ansiedad controlado por su médico pero su marido le acompaña a renovar la receta y refleja que es preferible que acuda al psiquiatra por que Alicia manifiesta que no quiere vivir, que ha perdido el interés por hacer cosas, que nada la ilusiona y que se mueve a lo largo del día de forma mecánica.

A Alicia se la recibe en sucesivas consultas en la que se mantiene entrevistas abiertas y estructuradas, también con sus familiares con los que conviven, se la pasa distintos test de personalidad y de estado de depresión, con los resultados y el testimonio de todas las partes se puede llegar sin duda a un diagnóstico de depresión mayor por su perduración en el tiempo, este diagnóstico tiene un pronóstico en el tiempo por que se ha alargado bastante y por que la paciente ha alcanzado refuerzos positivos por parte del entorno, no ha encontrado oposición y han ido viendo de forma normal y natural como iban acaeciendo los acontecimientos achacando a la personalidad de la paciente, a que siempre había sido poco sociable y a que siempre le había gustado estar sola, esa alimentación por parte de la familia hay que corregirla al mismo tiempo que Alicia necesita de una terapia mixta, la farmacología en su caso tiene buen pronóstico y acude semanalmente a la terapia individual y quincenalmente a las terapias grupales a la Unidad de Media Estancia del Hospital Universitario de Toledo con más personas en su misma situación o trastornos parecidos, con muy buenos resultados, en el periodo aproximado de un año, la paciente puede dejar la medicación.

4 Discusión-Conclusión

La terapia mixta que deben de llevar en los inicios del tratamiento de una depresión mayor es crucial para este tipo de pacientes, la farmacología existente en el mercado y controlada en su base y horarios es fundamental como ayuda a la terapia para que el paciente pueda afrontar la depresión.

Uno de los objetivos de la terapia es que se abandone la medicación con la mayor brevedad de tiempo, esta produce dependencia y deberá ser abandonada de forma gradual y progresiva por el paciente mientras acude a terapia.

Las terapias en grupo son bastante efectivas, ayudan a empatizar con problemas parecidos o potencialmente distintos a los de otras personas con situaciones parecidas y sirven de apoyo mutuo para engancharse a la vida normal.

5 Bibliografía

1-Piñar Sancho G, Suarez Brenes G, De La Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Revista Médica sinergia. Diciembre 2020; 5(12): 2215-4523.

2-Calvo Gómez JM, Jaramillo González LU. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 3: 471-82.

Capítulo 132

DELIRIO O ILUSIÓN DE CRISTAL

EVA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

En una de sus "Novelas ejemplares", titulada "El licenciado Vidriera", Miguel de Cervantes narra lo siguiente:

El estudiante Tomás Rodaja marcha a Salamanca a estudiar acompañando de un noble y allí se licencia con honores tras viajar por diversas ciudades de Italia. Pero pierde la cordura tras ingerir una pócima de amor que le han suministrado en secreto y que le hace creer que tiene el cuerpo de vidrio y por lo tanto es ser sumamente frágil, por lo que se obsesiona con la idea de romperse en mil pedazos.

Aunque se trate de un simple relato estos son los síntomas que acompañan a una enfermedad mental muy real que recibe el nombre de Ilusión de Cristal o Glass Delusion en inglés.

El delirio de cristal es la manifestación de un desorden psiquiátrico registrado en Europa occidental principalmente en la Edad Media tardía y Época Moderna temprana (siglos XV a XVII). El caso más famoso fue el del rey Carlos VI de Francia, apodado "el bienamado" (dado que aparentemente luchó contra la corrupción introducida por sus regentes) pero también "el loco" debido a que acabó sufrió diversos problemas psiquiátricos, entre los que se cuenta el delirio de cristal. Carlos VI prohibía que las personas lo tocaran y se encerraba en un cuarto envuelto en gruesas mantas para evitar que cualquier contacto pudiese quebrar parte de su cuerpo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Estudiar la historia, causas y sintomatología del Delirio de Cristal, recabando toda la información necesaria para presentar una visión general sobre la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica a través de internet, consultando diferentes portales especializados en la materia. Además, se han realizado diferentes lecturas sobre la temática a tratar con el fin de recopilar diferentes puntos de vista clínicos.

4 Resultados

Las personas que sufren delirio de cristal piensan que su cuerpo o parte de él es de cristal y por tanto pueden quebrarse en añicos. Esta extraña aflicción hacía que el enfermo creyera que su cuerpo, o parte de su cuerpo, estaba hecho de vidrio. Las víctimas se sentían extremadamente vulnerables y tenían miedo de romperse en pedazos, pero a menudo parecían sanos y lógicos, excepto en lo que respecta a esta creencia.

No debe confundirse con la llamada "enfermedad de los huesos de cristal" u osteogénesis imperfecta.

Este delirio, como hemos dicho, tuvo su máxima expansión a lo largo de la edad media y que aparentemente dejó de existir hacia 1830. Sin embargo, un psiquiatra holandés llamado Andy Lameijin encontró un informe de una paciente de los años treinta que presentaba la creencia delirante de que sus piernas eran de cristal y que el mínimo golpe podría quebrarlas, generando cualquier acercamiento o posibilidad de golpe una gran ansiedad o incluso autolesiones.

Explicar un trastorno mental prácticamente inexistente a día de hoy resulta extremadamente complejo. Este delirio parece ser una manifestación de una ansiedad común experimentada por aquellos en posiciones de poder durante el período medieval y el comienzo de la modernidad. Podría pensarse, por tanto, que se manifestaba como mecanismo de defensa en personas con un elevado nivel de presión y la necesidad de mostrar una imagen social determinada.

Los científicos creen que los europeos adinerados eran los únicos que sabían leer y que por lo tanto, podrían haberse influenciado con alguna obra literaria de

fantasía, que les provocó este fenómeno.

Existe la creencia de que este delirio desapareció conforme se fue haciendo más común la existencia del vidrio. Durante el siglo XV, el vidrio era escaso y raro, y como todas las cosas raras, se le llegó a atribuir cierto misticismo. Sin embargo, a medida que fue pasando el tiempo y el vidrio fue llegando a las clases más bajas, el Delirio de Cristal fue desapareciendo en Europa.

5 Discusión-Conclusión

Definitivamente, no es casualidad que esta enfermedad se abriera paso durante la época en la que se extendió el vidrio como material constructivo en grandes vidrieras de catedrales, obras públicas, ventanas de viviendas unifamiliares e incluso gafas para corregir la vista debido al aumento incipiente de la lectura por la popularización de textos impresos.

Es el efecto del ‘miedo a las nuevas tecnologías’ que vemos hoy en día con el nacimiento de cualquier avance técnico. Así, del ‘delirio de cristal’ del siglo XVII se pasó al ‘delirio de cemento’ del siglo XIX: hubo casos de pacientes psiquiátricos con una rigidez extrema forzada por su cabeza al mismo tiempo que se popularizaba el famoso material constructivo. Recientemente un caso volvió a recuperar la curiosidad del doctor Lameijn: un paciente aseguraba sentirse como hecho de vidrio y transparente para los demás.

En conclusión, parece evidente que aunque el delirio de cristal se considere hoy en día “extinguido”, el trastorno ha mostrado una evolución respecto al siglo XVII.

6 Bibliografía

1. Cervantes, M. (2003). El licenciado Vidriera. Ediciones Universidad de Salamanca.
2. Valencia, J. D. E. (2022). Delirio de cristal y presidencial. El Colombiano. Recuperado 2 de julio de 2022, de <https://www.elcolombiano.com/opinion/columnistas/delirio-de-cristal-y-presidencial-CC17732725>
3. García, A. (2022). ¿Qué significa tener mente de cristal?, esta terrible enfermedad de la Edad Media. Explica.me. Recuperado 2 de julio de 2022, de <https://www.explica.me/noticias/Que-significa-tener-mente-de-cristal-esta-terrible-enfermedad-de-la-Edad-Media-20220320-0001.html>
4. El fenómeno psiquiátrico del delirio de Cristal. (2020). Pysnnoticias. Recuperado 2 de julio de 2022, de <https://pysnnoticias.com/el-fenomeno-psiquiatrico->

del-delirio-de-cristal/

Capítulo 133

EL SÍNDROME DE COTARD

EVA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El síndrome de Cotard, también llamado delirio de negación o delirio nihilista, es una enfermedad mental relacionada con la hipocondría.

Esta enfermedad recibe su nombre de Jules Cotard, un neurólogo francés que, en el año 1880, se convirtió en la primera persona en reconocerla como una entidad y describirla como *Le Délire de Négation*.

Cotard en inicio describió el caso de una paciente a la que dio el apodo de *Mademoiselle X*, quien afirmaba que no tenía cerebro, nervios, pecho, estómago, ni intestinos; solamente piel y huesos. A su vez afirmaba que su cuerpo estaba en descomposición. En palabras del propio Cotard: "Ella decía no tener alma, para ella ni Dios ni el Diablo existían. Ella no es nada más que una descomposición y no tiene necesidad de comer para vivir, no puede morir de muerte natural, que existirá eternamente" (traducción de Cotard, 1880).

Anteriormente, Charles Bonnet, médico francés, había reportado, en 1788, a una paciente que decía estar muerta. Se trataba de una anciana que insistía en que fuera vestida e introducida dentro de un ataúd.

Cotard formuló un nuevo tipo de depresión, caracterizada por un profundo sentimiento de tristeza, así como por ideas de condenación o rechazo, insensibilidad al dolor, delirios de la inexistencia relativa del propio cuerpo y/o delirios de inmortalidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Estudiar la historia, causas y sintomatología del Síndrome de Cotard, recabando toda la información necesaria para presentar una visión general sobre la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros 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 afectado por el síndrome de Cotard es un paciente que está convencido de haber fallecido (tanto figurada como literalmente), estar sufriendo la putrefacción de sus propios órganos o simplemente no existir. En algunos casos dicho paciente llega a creerse incapaz de morir, aunque pueda resultar contradictorio.

Los pacientes llegan a creer que sus órganos internos se encuentran paralizados o disfuncionales (por ejemplo, su corazón no late) e incluso que se están pudriendo, llegando a presentar algunas alucinaciones olfativas que confirman su delirio. En sus formas más complejas el paciente puede incluso llegar a defender la idea de que personas allegadas a él son las que han fallecido.

La causa del Síndrome de Cotard aún sigue siendo un misterio puesto que no se conoce con certeza. Sin embargo, una de las hipótesis más aceptadas es la del experto australiano en ciencia cognitiva Max Coltheart: Él dice que se requieren dos factores para tener este tipo de delirio: el primero es una "anomalía neurobiológica" que produce mecanismos neuropsicológicos alterados y que lleva a una experiencia subjetiva altamente anormal, y también se requiere de una falla de los mecanismos lógicos que se conoce como el sistema de evaluación de creencias.

"Existen muy pocos estudios al respecto en nuestro país y, en general, tampoco abunda la literatura científica en otros países, confirma Manuel Sánchez Pérez, coordinador de la Unidad de Psiquiatría Geriátrica del Hospital Sagrat Cor en Martorell (Barcelona). "Su escasa frecuencia y su dependencia de otras enfermedades de base hacen que solamente se hayan publicado estudios observacionales, a propósito de uno o de pocos casos concretos".

Tan solo una docena de médicos españoles han tratado estos casos y entre ellos se encuentra este especialista que ha podido realizar estudios al respecto. Sánchez

Pérez, además, ha tratado uno de los casos más recientes en España: una paciente catalana cuya familia prefiere mantenerse en el anonimato.

El tratamiento habitual incluye el uso de psicofármacos (antidepresivos y antipsicóticos, fundamentalmente), que suele resultar efectivo para el control de los síntomas psicóticos y de la depresión subyacente, pero el tratamiento más efectivo es, todavía hoy, la terapia electroconvulsiva. Este método, que en la actualidad se administra de forma muy controlada y segura, alcanza una tasa de éxito del 80 %.

5 Discusión-Conclusión

Este síndrome es una condición poco habitual y registrada en pocos casos en la historia. Sin embargo, no deja de ser una incógnita cómo nuestro cerebro es capaz de hacernos creer la inexistencia de lo evidente, por eso, es importante una investigación y clasificación previa que permita evitar diagnósticos tardíos.

Asimismo, las bases biológicas del síndrome de Cotard, como indicamos anteriormente aún no están del todo claras, ya que a pesar de que se observan zonas que presentan daños en la mayoría de los casos, se ha visto, por ejemplo, que la influencia del lóbulo parietal no se ve comprometida de igual forma en unos pacientes y otros.

6 Bibliografía

1. Figueroa, F., Fajardo, S., Interiano, V., & Martínez, G. (s. f.). Síndrome de Cotard. BVS Honduras. Recuperado 2 de julio de 2022, de <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2016/pdf/Vol10-1-2016-5.pdf>
2. Facultad de Medicina UFM. (2017). Síndrome de Cotard. Universidad Francisco Marroquín. Recuperado 2 de julio de 2022, de <https://medicina.ufm.edu/eponimo/sindrome-de-cotard/>
3. Huarcaya-Victoria, J. y Caqui, M. (2017). Síndrome de Cotard en un paciente con Trastorno Depresivo Mayor: A propósito de un caso. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(5), 250-252. Recuperado 2 de julio de 2022, de https://www.researchgate.net/publication/320879923_Sindrome_de_Cotard_en_un_paciente_con_Trastorno_Depresivo_Mayor_A_proposito_de_un_caso

Capítulo 134

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (NEUMONIA)

EVA BEATRIZ PRADO SUÁREZ

1 Introducción

Las vías respiratorias están constantemente expuestas a organismos microscópicos. La nariz y la garganta están llenas de bacterias y virus que son eliminados fácilmente por el reflejo de la tos o estornudos.

La neumonía es una de las causas de muerte más frecuentes en todo el mundo. Es la enfermedad terminal que acaba causando la muerte en personas que tienen otras enfermedades graves o crónicas.

Algunos tipos de neumonía se pueden prevenir mediante vacunación.

Es la causa más común de muerte entre las infecciones que se desarrollan mientras el paciente permanece hospitalizado y es una de las infecciones graves más frecuentes en los niños.

Es muy importante conocer los microorganismos más frecuentes responsables de estas infecciones para reducir incidencia y reducir riesgo de mortalidad en pacientes, especialmente entre personas de edad avanzada y entre inmunodeprimidos.

Los síntomas más habituales son tos con expectoración, dificultad respiratoria, dolor pectoral y fiebre.

El nivel de gravedad depende del agente causante.

La neumonía está causada por bacterias, virus, hongos y parásitos, siendo las bacterianas y víricas las más frecuentes.

Existen distintas maneras de contraer una neumonía , la adquirida que se produce fuera del los hospitales, la hospitalaria que contraen durante un ingreso en el hospital, asociada a la atención de la salud como en residencias de ancianos ,centros de diálisis... o por aspiración.

2 Objetivos

- Identificar los los agentes responsables de la enfermedad.
- Conocer complicaciones acontecidas.
- Conocer tipos de neumonía según el agente causal.

Palabras clave: tipos de neumonía, neumonía, causas 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 se han consultado artículos en las principales bases de datos: MEDLINEPLUS,MD SAUDE.MANUAL MSD..

4 Resultados

La neumonía es una infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Los alveolos se llenan de aire al respirar, en las personas enfermas de neumonía se llenan de pus o líquido , lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. La infección se puede dar en uno o ambos pulmones.

Los agentes causantes de esta enfermedad son virus, bacterias y hongos, siendo las bacterias la más común(*Streptococcus pneumoniae*, *legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*).

La neumonía viral es mas leve y desaparece por si sola en pocas semanas (virus sincicial respiratorio, adenovirus ,el de la gripe, coronavirus-SARS-CoV-2).

La neumonía fúngica es mas comun en personas con problemas de salud crónicos(*Pneumocystis*, *Histoplasmosis*, *Cryptococcus*).

Factores de riesgo son la edad (menores de 2 años- mayores de 65 años), exposición a químicos, contaminantes, humos tóxicos...fumar, beber alcohol, desnutri-

ción, hospitalización en UCI, sedado o conectado a ventilación, sistema inmunitario debilitado, padecer una gripe...

Los síntomas y signos de la neumonía varían de moderados a graves en función del tipo de germen causal, edad y salud y suelen ser similares a los de la gripe pero duran más en el tiempo: malestar general, escalofríos, fiebre, tos, disnea, dolor torácico, tos productiva en niños y adolescentes y seca en lactantes y ancianos, taquipnea, taquicardia, ruidos respiratorios bronquiales.

Tipos de neumonía según el agente causal:

- Bacteria gram positivas: es la conocida como neumonía neumocócica provocada por el *Streptococcus pneumoniae*, es la más frecuente, se genera tras una infección vírica que debilita el tracto respiratorio. El otro caso es la estafilocócica provocada por la bacteria *Staphylococcus aureus*, más común dentro de los hospitales infectando a niños y ancianos con patologías previas.
- Bacteria gram negativa: suelen ser más agresivas (*Legionella*, *Haemophilus influenzae*) dañan el tejido rápidamente y pueden ser letales, pueden causar infecciones en meninges, pero existe una vacuna.
- Neumonías atípicas: estas son más leves (*Chlamydia*) y es la más frecuente entre personas de 5 a 35 años.
- Neumonías víricas: la inflamación de los pulmones causadas por el virus de la gripe o del herpes.
- Neumonías fúngicas: son muy leves, en ocasiones el infectado no se da cuenta que la padece (*Histoplasma capsulatum*). El hongo *Pneumocystis jirovecii* puede causar infección pulmonar en personas con sistema inmunitario debilitado debido a un cáncer, uso prolongado de corticosteroides, VIH/ SIDA, trasplante de órganos o médula.

Incluso habiendo recibido tratamiento, las personas que se encuentran en el grupo de alto riesgo pueden experimentar complicaciones:

- Bacteriemia: las bacterias entran en el torrente sanguíneo pudiendo propagar la infección a otros órganos.
- Derrame pleural: acumulación de líquido en el fino espacio que hay entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica que deberá ser drenado a través de una sonda pleural.
- Absceso pulmonar: se forma pus en una cavidad en el pulmón, los abscesos se tratan con antibióticos.

Para el diagnóstico de la neumonía, el médico le realizará una exploración física y ante sospecha de padecer la enfermedad se le realizará un análisis de sangre, radiografía torácica, prueba de esputo entre otras y si no mejora le realizará un

cultivo del líquido pleural.

Su tratamiento suele ser con antibiótico para las neumonías bacterianas y alguna fúngica, antivirales para las neumonías víricas y antimicóticos para las fúngicas.

5 Discusión-Conclusión

Existen vacunas para prevenir algunos tipos de neumonía y gripe que ,sobre todo, para las personas de grupo de riesgo, mayores, niños e inmunodeprimidos , sería muy importante dado la posibilidad de mortalidad que conlleva algún tipo de neumonía.

No fumar ,sería muy importante ya que daña las defensas naturales que protegen los pulmones de las infecciones respiratorias.

Para prevenir y protegerse de posibles contagios deberían de tomarse unas medidas como la protección de los niños de la neumonía promoviendo la lactancia materna y el hábito de lavarse las manos.

Prevenir mediante la vacunación, la reducción de contaminación del aire, prevenir VIH.

La etiología bacteriana es la causa mas frecuente de ingreso hospitalario y el tratamiento adecuado con la pronta identificación del agente causal mejora el pronóstico y la mortalidad.

6 Bibliografía

1-MANUAL MSD. 2022 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA y sus empresas asociadas. <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-pulmonares/neumon%C3%ADa/neumon%C3%ADas-extrahospitalarias>.

2-MEDLINE PLUS. Última actualización 25 enero 2022 <https://medlineplus.gov/spanish/pneumonia.html>.

3- OMS. 11 de noviembre de 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.

Capítulo 135

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PARTOS

AINHOA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La atención prestada por el personal de enfermería y concretamente por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la unidad de partos se dirige principalmente a la mujer gestante, aunque también se ha de tener en cuenta a su familia o acompañantes, puesto que el proceso de parto, el alumbramiento y el postparto inmediato son experiencias muy profundas e intensas para la mujer, y al mismo tiempo comprenden procesos fisiológicos muy complejos, los cuales conllevan una gran responsabilidad por parte del personal sanitario.

El parto humano es la finalización del embarazo hasta el momento de la salida del recién nacido por el canal de parto. Consiste en cuatro fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso, nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta.

El parto será atendido y llevado a cabo por las matronas en colaboración con los TCAE. En caso de existir alguna complicación se requerirá la presencia de ginecología y también intervendrá neonatología para valorar al recién nacido en el momento del nacimiento. Ha de tenerse en cuenta también a anestesia, que será necesaria su intervención si la mujer deseara utilizar epidural durante el parto.

En este texto veremos principalmente cuales son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de la unidad de partos y en colaboración con los demás profesionales sanitarios que intervienen en el proceso.

2 Objetivos

El objeto de este texto es principalmente analizar las competencias que tiene asignadas el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la unidad de partos.

3 Metodología

La metodología empleada consiste en la revisión bibliográfica estructurada de la literatura científica existente y de la búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos actualizadas de ciencias de la salud, así como protocolos y guías de práctica clínica de distinta índole en diversos archivos clínicos a través de diferentes medios a nivel nacional sobre publicaciones científicas, protocolos y relacionados con el tema, con descriptores en español “;”; “protocolo”; “unidad de partos”; “TCAE”; “partos” con los operadores booleanos y/o.

4 Resultados

Una vez analizados y comparados los datos seleccionados, podemos concretar que las principales competencias que un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la unidad de partos son las siguientes:

Atención del ingreso de la gestante: Recepción de la paciente y familiares (presentación y categoría que ostenta), indicaciones sobre las instalaciones y funcionamiento básico de la unidad.

Atención en la monitorización: Ayuda en la colocación del aparataje que será necesario para llevar a cabo la realización de un registro cardiotocográfico, que consistirá en la medición y registro del latido fetal y de la intensidad de las contracciones de la paciente.

Atención en la dilatación: Acompañamiento y colaboración con matrona y facultativo en las exploraciones y técnicas precisas, exploración, sondaje, sueroterapia.

☒ Atención en el paritorio: Consistirá en la preparación del paritorio con el material que sea necesario en base al protocolo que se vaya a realizar y que facultativo lo vaya a realizar. Será necesario conocer correctamente el material y

su ubicación. Se colaborará con la matrona y el facultativo en todo lo necesario asumiendo las tareas propias y las delegadas.

Atención de la gestante: Se le procurará todo el confort posible a su llegada al servicio, la ayudaremos a acomodarse de ser necesario, ofreciéndole un enema, se acomodará la luz como ella precise y se le transmitirá calma y tranquilidad en la medida que sea posible.

Atención durante el parto: Durante el parto el TCAE estará para colaborar en todo lo que sea necesario con matrona y facultativo, teniendo localizado el material que pueda ser susceptible de ser necesitado en cualquier caso.

Atención en el Postparto: Lo más importante será procurar el confort de la puerpera y el recién nacido, evitando en cualquier caso, salvo indicación médica, la interrupción del contacto piel con piel entre madre y recién nacido. Se ayudará a la puerpera en el inicio precoz de la lactancia materna. Se tomarán las medidas antropométricas del recién nacido antes de su marcha a la planta de puerperio.

Todas estas tareas relacionadas con el recién nacido será posible llevarlas a cabo siempre y cuando el parto hay tenido un curso normal y el recién nacido no sea patológico.

Por último, las tareas de reposición y mantenimiento de material, instrumental y aparataje necesario en la unidad.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en las unidades de partos es fundamental y complementa a la perfección la labor desarrollada por el resto del personal de la unidad, tanto a nivel técnico como humano junto con otros profesionales asumiendo sus tareas y las delegadas por sus superiores de manera sistemática atendiendo a la gestante en su tranquilidad y ánimo cómo facilitando a su acompañante que de alguna manera se vea implicado y orientado en todo momento, que dure el proceso, procurándole así a la paciente la tranquilidad y el confort necesario para afrontar el momento del parto.

Todo ello antes, durante y después del parto en función del sistema del Hospital.

6 Bibliografía

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

Capítulo 136

RIESGOS PSICO-SOCIALES PARA LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA DEL ROSARIO GONZALEZ CELORIO

VANESA GALAN CARRANDI

LAURA CASTRILLO LHOSTE

MARIA DEL CARMEN MARÍÑO BARROS

MIRIAM COTO BEGEGA

1 Introducción

Durante el siglo XX, los riesgos psicosociales vinculados al trabajo se han convertido en un fenómeno relevante y muy reconocido.

Habitualmente, los servicios de prevención de riesgos laborales abordaban prioritariamente los temas relacionados con la seguridad, la higiene y la ergonomía, no dando mucha importancia a los factores psicosociales.

A partir de la 9ª reunión del comité mixto formado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en 1984, los factores psicosociales inherentes al entorno laboral se comienzan a tener en cuenta como un factor que de riesgo que puede influir en el bienestar físico y mental del trabajador.

Los principales riesgos psicosociales más reconocidos son el estrés, violencia en el trabajo, acoso laboral o mobbing, acoso sexual, inseguridad laboral y burnout o desgaste profesional. Otros factores de riesgos psicosociales también importantes para la salud, pero menos reconocidos, son la intensidad laboral, el envejecimiento de la población trabajadora, la irregularidad de los tiempos de trabajo, el conflicto trabajo-familia, etc.

El estrés es uno de los factores de riesgo psicosocial más reconocidos. Una de las definiciones más ampliamente reconocida es la del húngaro Hans Selye que lo define como una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda, de forma que, si la duración es lo suficientemente prolongada, el organismo puede entra en una fase de agotamiento.

Por otro lado, la Organización Mundial de la salud (OMS) reconoce el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades.

Los principales estresores en el ámbito sanitario hospitalario son el ambiente físico, las demandas del propio trabajo u actividad, la estructura de la organización laboral, las relaciones interpersonales, la inseguridad en el trabajo, conflictos de roles y factores externos al trabajo.

Varios estudios e informes indican que aproximadamente el 30% de la población activa sufre estrés laboral e identifican al estrés laboral como la segunda enfermedad más frecuente. Podemos decir que el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud y la seguridad en el trabajo y algunos autores relacionan que entre un 50-60% de las bajas laborales están relacionadas con el estrés laboral.

El estrés laboral puede provocar trastornos y enfermedades a las personas que los sufren, como problemas musculoesqueléticos y sobre todo la repercusión que este problema genera en términos de pérdida de productividad, deterior de la calidad de vida, etc., y hasta puede poner en peligro la seguridad en el lugar de trabajo.

Los estudios e informes indican que el estrés laboral es uno de los principales riesgos psicosociales en nuestra sociedad, con unas consecuencias muy graves tanto en la salud de los profesionales que lo sufren como en la estructura y la organización.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es conocer el estado actual del estrés en el personal sanitario hospitalario, y valorar sus posibles consecuencias sobre el bienestar de los profesionales que lo padecen y el buen funcionamiento de la organización.

3 Metodología

Para la ejecución de este estudio se realiza una búsqueda documental de estudios y trabajos sobre el estrés en personal hospitalario, para posteriormente realizar una revisión exhaustiva de la documentación seleccionada para obtener datos objetivos para la resolución de nuestro objetivo.

Esta búsqueda documental se realiza en bases de datos de páginas especializadas como Medline, Pubmed, Cochrane, etc. y en revistas científicas. Esta búsqueda se realiza entre los meses de noviembre 2019 y marzo 2020, dando como intervalo de publicación para la literatura entre los años 2004 y 2020, y las palabras claves utilizadas son: estrés, burnout, personal hospitalario.

En una primera selección se obtienen 21 trabajos relacionados con nuestro objetivo, a los cuales sometemos a unos filtros como son los criterios de inclusión/exclusión.

Los criterios de inclusión para nuestra investigación son ser estudio o trabajo de acceso a texto completo, ser en lengua castellana, aportar números y datos objetivos que sean válidos para nuestra investigación. Los criterios de exclusión han sido ser texto para una página de editorial, no aportar datos objetivos, ser en lengua distinta a la lengua castellana.

Finalmente se obtuvo una colección de 9 estudios aprovechados para nuestro trabajo de investigación.

4 Resultados

La primera observación obtenida de nuestra revisión documental es que, en los estudios realizados, los que relacionan el personal de enfermería representa el 46% de los estudios recolectados, el 39% de los estudios se realizaron en trabajadores no sanitarios del ámbito de la salud y solo un 15% de estudios fueron realizados en médicos.

En los estudios que evalúan de forma específica el grado de estrés en el personal hospitalario se observa entre los principales resultados encontrados que el nivel

de estrés es moderado-elevado y que parecen existir diferencias en el nivel de estrés entre las áreas de estudio, las condiciones de trabajo y el apoyo de los compañeros y superiores.

La mayoría de los autores coinciden en que los niveles de estrés a los que están sometidos la mayor parte de los trabajadores sanitarios del ámbito hospitalario son elevados y que este estrés repercute negativamente sobre la salud de estos profesionales.

Los principales síntomas que se presentan asociados a este alto nivel de estrés son trastornos musculoesqueléticos, ansiedad, depresión, alteraciones psicosomáticas e inclusión en sus formas más crónicas pueden llegar a presentar burnout o desgaste profesional.

De los trabajos revisados se observa que factores individuales, tanto objetivos como subjetivos tales como la percepción personal del estrés, variables fisiológicas emocionales y mentales, el apoyo familiar y las demandas del propio trabajo parecen ser unos condicionantes e influir en el grado de estrés.

Varios autores concluyen en sus trabajos que, las características del empleo o ambiente físico como el mal diseño del puesto, las condiciones ergonómicas precarias o la dificultad del ámbito de trabajo para generar buenas relaciones entre compañeros son unos factores que contribuyen negativamente y favorecen un entorno laboral más estresante.

Se observa también en nuestra revisión que además de las áreas más estresante, muchas situaciones de especial tensión y responsabilidad a las que se puede enfrentar el personal sanitario hospitalario, como tener que abordar situaciones de emergencia o toma de decisiones vitales urgentes, que pueden alterar las relaciones interprofesionales, pueden comportarse como negativamente agravantes de un ámbito laboral y repercutir incrementando más los niveles de estrés y sus patologías asociadas.

En trabajos realizados sobre los riesgos laborales a los que se encuentran sometidos los profesionales hospitalarios, se señala el estrés emocional como uno de los principales peligros inherentes a las profesiones sanitarias y los relacionan con una mayor posibilidad de asociación al burnout.

Podemos concluir que en la mayoría de los estudios revisados se encuentra un alto nivel de estrés en el personal sanitario de hospitales y este nivel es mayor cuando el trabajo se desempeña en áreas como urgencias, oncología, cuidados intensivos, etc.

En situaciones especiales de mayor carga de trabajo, responsabilidad, fatiga o situaciones de urgencia, los niveles de estrés se incrementan de forma considerable.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los estudios revisados coinciden en que los ambientes laborales sanitarios hospitalarios tienen un nivel moderado-alto de estrés y que este factor termina provocando algún tipo de alteración física y psicológica en el personal sanitario hospitalario.

Sería muy conveniente por parte de las organizaciones hacer una evaluación exhaustiva de la situación laboral e implantar iniciativas y recomendaciones orientadas hacia la prevención de situaciones favorecedoras de estrés en el ámbito profesional, en beneficio de una mejora de la calidad asistencial por parte del personal hospitalario, pero aun parece que queda mucho camino por recorrer en cuanto a la situación laboral y sus repercusiones y también en el establecimiento de medidas eficaces de prevención de riesgos relacionados con ambientes estresantes, como en la prevención de patologías derivadas en los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad en el ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 137

SÍNDROME DE OTELO O CELOTIPIA

EVA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Otelo es el personaje principal de una de las obras más populares de William Shakespeare, titulada “Otelo: el moro de Venecia”. El argumento gira en torno a una tragedia pasional basada en los celos incontrolables y desconfianza del protagonista Otelo. Debido a un sinnúmero de sospechas de la supuesta infidelidad de su pareja, el protagonista termina asesinando a la misma y a la vez acabando con su vida.

La obsesión y la incapacidad de analizar la realidad tal y como es acaba destruyendo no solo su vida sino la de las personas implicadas. Así, el paciente que sufre del síndrome de Otelo, presenta, al igual que el personaje de Otelo, celos patológicos, delirios e incluso alucinaciones que pueden desembocar en episodios tremendamente violentos, pudiendo llegar al asesinato.

Esta alteración neurológica rara suele aparecer en personas de más de 68 años -pudiendo aparecer entre los 25 y los 94 años- (por lo que se asocia a la demencia) con daños neurológicos en su mayor parte, con afectación del lóbulo frontal derecho. También es frecuente en pacientes con enfermedad de Parkinson. Los afectados suelen ser casi siempre hombres.

Este trastorno se diferencia de unos celos aparentemente normales porque la enfermedad está caracterizada por la realización de conductas irracionales. Es decir, los celos se llevan a un extremo en el que no existe una razón real ni una explicación lógica, alterando la vida cotidiana de la persona y empleando la mayor parte de su tiempo realizando conductas controladoras, de vigilancia y de acecho en busca de la prueba definitiva que corrobore la creencia delirante.

2 Objetivos

- Estudiar la historia, causas y sintomatología del Síndrome de Otelo, recabando toda la información necesaria para presentar una visión general sobre la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica a través de internet, consultando diferentes portales especializados en la materia. Además, se han realizado diferentes lecturas sobre la temática a tratar con el fin de recopilar diferentes puntos de vista clínicos.

4 Resultados

Cuando hablamos del Síndrome de Otelo, normalmente los pacientes que lo sufren hablan “del otro”, sin que se tenga un rostro definido o unas características claras. Se refieren a una ilusión recreada repetitivamente sin un indicio real o una información clara. Es un “fantasma”, una sombra indefinida con la cual la ilusión se recrea una y otra vez sin que haya ningún tipo de indicio real o una fuente clara de información.

La manifestación de los síntomas puede desencadenarse ante pequeñas variaciones en la vida cotidiana o los hábitos: cambiar la ropa de un cajón a otro, comprar una marca distinta de comida o retrasarse unos minutos en la hora habitual de la llegada. Todo esto desata los pensamientos delirantes y empiezan a aflorar los celos.

Las causas por las cuales se produce el Síndrome de Otelo son varias. Por una parte, influyen las causas genéticas y bioquímicas del cerebro. Pese a que existen pocas evidencias científicas acerca de factores fisiológicos, sí que hay evidencias a favor de que la celotipia no depende exclusivamente de factores ambientales, sino que existe un componente emocional relacionado con la autoestima que puede influir en la aparición del síndrome.

Para el tratamiento de este síndrome la psicoterapia tiene que enfrentar la conducta del paciente y ayudarlo a ubicar la realidad más allá de sus falsas creencias acerca de la infidelidad de su pareja. Dicho proceso puede verse obstaculizado cuando el paciente no tiene ninguna consciencia de su enfermedad ni acepta la posibilidad de padecer el síndrome.

En algunos casos concretos, los fármacos antipsicóticos pueden ayudar a la recuperación del control de los impulsos. No obstante, el Síndrome de Otelo es una enfermedad muy compleja y que se necesita de terapia personal más que el mero consumo de medicamentos, que en todo caso deben ser consumidos bajo indicación y monitorización médica.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con síndrome de Otelo no suelen acudir a consulta de manera voluntaria. Generalmente son pacientes desconfiados que no reconocen su enfermedad y que, por tanto, cuando acuden a consulta suele ser por la insistencia de un familiar, o con motivo de realizar una terapia de pareja que ayude a restaurar la relación sentimental.

Una precoz identificación, un manejo equilibrado y un abordaje apropiado pueden reducir de forma significativa las diversas complicaciones que puede sufrir el paciente. Desgraciadamente, el Síndrome de Otelo es un trastorno que no puede pasar desapercibido ya que puede tener consecuencias bastantes graves: termina en numerosas ocasiones en violencia de género o incluso en homicidio. Así pues, ante los primeros indicios es conveniente tratar con un profesional.

6 Bibliografía

1. Herrera, M., & Llor, C. (2019). Celopatía o síndrome de Otelo: a propósito de un caso. Dialnet. Recuperado 3 de julio de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7240542.pdf>
2. Blanch, P. L. (2020). Síndrome de Otelo en las relaciones de pareja. Centro de Psicología Canvis. Recuperado 3 de julio de 2022, de <https://www.canvis.es/es/sindrome-de-otelo-en-las-relaciones-de-pareja/>
3. R.S.B (2021). Síndrome de Otelo: Los celos extremos que causan enfermedad. Diario de Sevilla. Recuperado 3 de julio de 2022, de https://www.diariodesevilla.es/salud/investigacion-tecnologia/Sindrome-Otelo-celos-extremos-enfermedad-causas_0_1621939949.html
4. Calandín, A. (2022). Síndrome de Otelo: La Enfermedad de los Celos. Amparo Calandín Psicólogos. Recuperado 3 de julio de 2022, de <https://www.amparocalandinpsicologos.es/sindrome-de-otelo/>

Capítulo 138

SÍNDROME DE DIÓGENES

EVA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El síndrome de Diógenes toma su nombre de un filósofo de la antigua Grecia llamado Diógenes de Sinope, también conocido como "el Cínico".

Diógenes nació en Sinope (Grecia) en el año 413 a.C, vivía en un tonel y su aspecto era sucio y descuidado. Comía en compañía de perros y hacía sus necesidades en público. Su estilo de vida era austero, rozando la indigencia. Platón dijo de él que era "un Sócrates que se había vuelto loco".

Aunque este hombre, al contrario de las personas que sufren el trastorno, se desprendió de cualquier pertenencia, predicando la austeridad y la banalidad de los convencionalismos sociales. Sin embargo, se caracterizaba por vivir en soledad y aislado e, incluso, despreciaba los usos sociales, algo que sí comparten los pacientes con el síndrome.

A veces el síndrome llega a extremos que roza la desconexión con el mundo y el diagnóstico se transforma en demencias frontotemporales u otros tipos de trastornos mentales, como lo son los diagnósticos relacionados con afecciones de la personalidad, trastornos afectivos o esquizofrenia.

Los primeros en denunciar el estado del enfermo acostumbran a ser los vecinos o familiares, ya que la situación de falta de higiene puede llegar a causar verdaderos problemas en el vecindario, además de peligrar la salud del paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Estudiar la historia, causas y sintomatología del Síndrome de Diógenes, recabando toda la información necesaria para presentar una visión general sobre la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática a través de internet, consultando diferentes portales especializados en la materia. Además, se han realizado diferentes lecturas sobre la temática a tratar con el fin de recopilar diferentes puntos de vista clínicos.

4 Resultados

A pesar de que parece relativamente nuevo, este Síndrome es un viejo conocido de la psiquiatría y consiste en un extremo abandono del autocuidado (tanto en la higiene como en la alimentación y en la salud) en personas que se aíslan de su medio, no salen de su domicilio y rechazan cualquier tipo de ayuda externa.

El prototipo de este síndrome es una persona adulta mayor, que vive sola y aislada de su entorno, que acumula gran cantidad de objetos, y que puede provocar problemas de convivencia con sus vecinos debido precisamente a esa basura que puede oler mal y atraer insectos o ratas. A pesar de que hablamos de desperdicios y suciedad, estos objetos tienen algún sentido para la persona que los atesora, que a veces los tiene ordenados y clasificados, mientras que, en otros casos, se trata de satisfacer un deseo de apego mal dirigido.

Existen dos denominaciones para el síndrome de Diógenes dependiendo del estadio en el que sea detectado:

1. El síndrome de Diógenes activo: quien lo padece sale activamente a buscar basura y objetos que no necesita para amontonarlos en su vivienda.
2. El síndrome de Diógenes pasivo: la acumulación se da de forma casual, como consecuencia de una falta de interés por el orden y la higiene, que deriva en una acumulación, los objetos y basura que la persona va generando invaden el espacio de quien padece el trastorno sin que él sepa frenarlo.

Este síndrome puede producirse por el simple aislamiento social que les lleva a las personas que lo padecen a la falta de contacto con sus semejantes, o tam-

bién puede ser producto de un problema psiquiátrico que lo desencadene, como depresión mayor o demencia.

El tratamiento debe empezar por la detección de los casos de riesgo, el ingreso en un Hospital General o Unidad de Geriátrica, y abordaje de los trastornos médicos. Es indispensable un diagnóstico para saber cuál es la patología de base que genera este comportamiento.

5 Discusión-Conclusión

Antes de realizar cualquier diagnóstico es necesario indagar en torno a las características emocionales del individuo para reconocer el conjunto de síntomas que presentan y poder diagnosticar el trastorno con precisión.

Hasta el momento la investigación en este campo es escasa, incluso llegando a cuestionar la validez del diagnóstico. Entre un tercio y la mitad cursan con demencias (habitualmente se asocia a alteraciones frontales en las demencias frontotemporales) o de algún tipo de trastorno mental (más frecuentemente esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno afectivo o alcoholismo).

El síndrome de Diógenes que, a simple vista, parece una patología relacionada con la pobreza es cada vez más frecuente en nuestra sociedad, por lo que es importante estar atentos para poder detectarla a tiempo en nuestro entorno más cercano y evitar así que llegue a extremos más difíciles de tratar.

6 Bibliografía

1. Tomás, E. (s. f.). EL MUNDO CLÁSICO Y LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS: MITOLOGÍA Y LÉXICO. Universidad de Murcia. Recuperado 3 de julio de 2022, de https://www.um.es/documents/2918258/18876564/Escrita_HyA_IES+Juan+Carlos+I.pdf/20e97829-e8cc-4e04-b422-0b5194d517c7
2. Síndrome de Diógenes. (2010). Los diccionarios y las enciclopedias sobre el Académico. Recuperado 3 de julio de 2022, de <https://es-academic.com/dic.nsf/eswiki/1091620>
3. Síndrome de Diógenes. (2019). Psiquion - Plataforma de psicología online. Recuperado 3 de julio de 2022, de <https://www.psiquion.com/blog/sindrome-diogenes-sintomas-causas>
4. Carrato, E., & Martínez, R. (2010). Síndrome de Diógenes. A propósito de un caso. SciELO España. Recuperado 3 de julio de 2022, de <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n3/09.pdf>

5. Jiménez, E., Molina, N., Díaz, F., & Reyes, A. (2008). El mal llamado “Síndrome de Diógenes”. Fundación Index. Recuperado 3 de julio de 2022, de <http://www.index-f.com/edocente/88pdf/883639.pdf>

Capítulo 139

CURA ACTUALIZADA DEL CORDÓN UMBILICAL

MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ

MIRIAM GARCIA RUIPEREZ

JENNIFER GARCIA RUIPEREZ

1 Introducción

El cordón umbilical una al embrión o feto a la placenta. Contiene arterias principales y vena, llamadas arterias umbilicales y vena umbilical, siendo normalmente dos arterias y una vena, para el intercambio de sustancias nutritivas y sangre rica en oxígeno entre el feto y la placenta.

Al nacer el bebé, el cordón umbilical que hace de unión, se corta y se procede al pinzamiento de dicho cordón lo más próximo al bebé, quedando de esta manera un pequeño muñón, también conocida como cicatriz, la cual hay que realizar curas hasta su desprendimiento.

En la actualidad existen diversos procedimientos para la cura del cordón umbilical, realizado correctamente dichos procedimientos, lo habitual es que alrededor de siete a diez días, el muñón se desprenda quedando una cicatriz curada llamada ombligo.

La Organización Mundial de la Salud, tras su última actualización hace referencia que el mejor método para la cura del cordón umbilical es la cura en seco, queriendo decir que se procederá a la limpieza del cordón con agua tibia y jabón, secar minuciosamente y mantenimiento el pañal plegado hacia abajo bajo el muñón umbilical para no irritar.

Existen otros procedimientos que demuestran también que la cura del muñón umbilical con chorexidina es muy eficaz también ya que reduce significativamente el riesgo de que la herida umbilical se infecte.

2 Objetivos

Realizar una revisión sobre las recomendaciones actuales respecto a la cura del cordón umbilical.

3 Discusión-Conclusión

Tras hacer nuestra investigación, llegamos a las siguientes conclusiones:

- La limpieza minuciosa y continúa del muñón con agua y jabón, y su posterior secado al aire parecen ser medidas suficientes y seguras para el cuidado del cordón umbilical.
- El momento del clampaje del cordón umbilical, determinará, el proceso de secado y evitar posibles infecciones.
- El uso de antibióticos es desaconsejable a no ser que exista una infección clara y determinada.
- En lugares donde existe un alto riesgo de infecciones en el recién nacido, se podría hacer uso de antisépticos como la chorexidina, que son muy eficaces.
- Ante la falta de evidencia científica de las ventajas de usar un producto frente a no ser usado, se debería optar por no usarlo y proceder a una limpieza con agua y jabón y un secado al aire.

Capítulo 140

ALIMENTACIÓN DE UN PACIENTE DE EDAD AVANZADA Y DETERIORO COGNITIVO

MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ

MIRIAM GARCIA RUIPEREZ

JENNIFER GARCIA RUIPEREZ

1 Introducción

Es importante saber de la existencia cada vez mayor del uso y colocación adecuada de sondas nasogástricas en nuestros mayores, para proporcionar una buena nutrición e hidratación, y enseñar a su vez nuevas situaciones y cuidados, tanto al personal sanitario como a los familiares.

Estas sondas son cada vez mas habituales por la dificultad de alimentación de las personas mayores debido al deterioro cognitivo.

Encontramos diversos factores que afectan a la adecuada alimentación e hidratación:

- Disminuye o desaparece el sentido del gusto y el olfato.
- Complicaciones de masticación.
- Disminución de la capacidad digestiva.
- Tendencia al estreñimiento.
- La toma de medicación e interacción fármaco-nutriente.
- Problemas de agudeza visual.
- Problemas psicosociales y enfermedades asociadas.

-Las necesidades energéticas también disminuyen.

Existen diferentes sondas nasogástricas para este fin:

-Sonda Levin, de plástico, transparente, calibre 12 a 20 Fr., longitud 120 cms. Tiene punta roma con orificio concentrico y perforaciones laterales a diferentes niveles. es empleada en cirugía gastroenterologica.

-Sonda Salem, tubo de doble luz y radio opaco, con un tubo secundario más pequeño, que se comunica con la atmósfera y permite el flujo de aire continuo en aspiración. Se utiliza en aspiración continua, en lavados gástricos y/o una irrigación gástrica continua del estómago.

-Sonda Ewald, puede ser de una o dos luces, es una sonda gruesa para uso en adultos, calibre 28 a 40Fr. Se utiliza para lavado gástrico en pacientes con intoxicación exógena.

-

2 Objetivos

-Conocer los beneficios de las sondas nasogástricas, en pacientes de edad avanzada y deterioro cognitivo.-Es una técnica que consiste en mejorar la ingesta nutricional de cada paciente y mantener su estado nutricional saludable.

-Alimentar al paciente cuando esté incapacitado para hacerlo por si mismo, y a su vez poder comer y beber sin riesgo.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se hace una búsqueda bibliográfica a través de la base de datos de Dialnet y Scielo y diferentes fuentes bibliográficas sobre deterioro en el envejecimiento y pautas de actuación con sondas nasogástricas, así como artículos científicos de diferentes revistas indexadas.

La búsqueda se realiza en idioma castellano, utilizando palabras claves como sondas, nutrición, deshidratación, contenido gástrico y alimentación.

4 Resultados

Tal y como se muestra las sondas nasogástricas suelen dar resultados muy ventajosos para una buena y pronta recuperación de los pacientes.

El uso habitual de esta técnica que aunque es incómoda, es poco dolorosa e invasiva, ayuda a realizar:

- Detección de hemorragias.
- Detección de tóxicos.
- Obtención de cultivos.
- Medir PH y volumen gástrico.
- Ayuda a la identificación de estructuras y correlación radiológica.
- Alimentación.
- Administración de fármacos.
- Lavado de hemorragias.
- Lavado gástrico tras envenenamiento.
- Drenaje de contenido gástrico o esofágico.
- Reducción de riesgo de aspiración.
- Reducción de vómitos postoperatorios.
- Prevención y tratamiento de la dilatación gástrica e íleo.
- Alivio de los síntomas de la obstrucción intestinal.
- Evitar el daño de órganos abdominales en laparoscopias.

Esta contraindicado en diferentes situaciones:

- Existencia de Atresia de las coanas.
- Atresia esofágica.
- Ingestión de sustancias causticas (ácidas o básicas), a menos que se intube bajo visión directa con endoscopia.

Existen otras situaciones en las que de manera relativa se puede utilizar:

- Traumatismo facial masivo o fractura de la base del cráneo.
- Cirugía gástrica o esofágica reciente, ya que se puede lastimar y perforar las líneas de sutura realizadas.
- Cirugía de bucofaringe o nasal reciente, por encontrarse edematizados los tejidos.
- Estenosis esofágica secundaria a tumor o esofagitis grave, lo que podría producir perforación esofágica al interior al intentar el paso forzado de la sonda.
- Divertículo de Zenker, ya que la sonda podría caer en la cavidad del divertículo y llegar a perforarlo.
- Pacientes comatosos, sobre todo en enfermos no intubados, debido a que la falta de cooperación del paciente dificulta la maniobra, pudiendo introducir la sonda en la tráquea.

Como con toda técnica nos encontramos también con complicaciones como pueden ser: sequedad bucal y faríngea, epistaxis, lesiones en la mucosa nasal, broncoaspiraciones por mala colocación, sinusitis, otitis, etc, pero aun así es de gran beneficio para los pacientes que han de utilizarla.

5 Discusión-Conclusión

La formación del profesional en este campo es imprescindible para realizar la técnica de una manera adecuada y correcta, y poder enseñar al paciente o a los familiares su uso adecuado y los cuidados que conlleva.

Es necesario un buen cuidado diario de la sonda nasogástrica, así como la vigilancia constante del estoma y su correcta colocación en cada momento, para administrar de forma adecuada la nutrición y evitar posibles problemas futuros. Es necesario en muchos casos una mención especial al tema psicológico tanto para el paciente como para los familiares, pues lleva un proceso de adaptación que en muchos casos es complicado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 141

LOS CUIDADOS DEL BEBÉ PREMATURO

MIRIAM GARCIA RUIPEREZ

MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ

JENNIFER GARCIA RUIPEREZ

1 Introducción

Un nacimiento prematuro es cuando un bebé nace antes de completar las 37 semanas de embarazo. Se considera un embarazo a término a las 40 semanas.

El crecimiento y desarrollo importante del bebé ocurre en todo el embarazo, pero sobre todo en los últimos meses y semanas.

Debido a que nacen muy pronto, los prematuros pesan mucho menos que los bebés que completan su gestación, estos prematuros pueden tener problemas de salud, ya que sus órganos no tuvieron el tiempo suficiente para desarrollarse.

Algunos de los problemas que suelen padecer los prematuros son :

- Problemas respiratorios; asma, enfisema pulmonar, problemas de la tráquea o bronquios, enfermedades cardíacas, ansiedad o ataque de pánico, alergias.
- Dificultades para alimentarse.
- Parálisis cerebral.
- Atraso en el desarrollo; habilidad motora (controlar cabeza, sentarse y caminar), habilidad motora primaria (sostener la cuchara, sostener el dedo pulgar), habilidad sensorial(ver, escuchar, saborear, tocar y oler), habilidad social (jugar con familiares y con otros niños).
- Problemas de visión.

- Problemas de audición.

La prematuridad está asociada a riesgos de salud y neurodesarrollo, agravados por temores y desconocimiento de los padres para atender las necesidades del bebé, por lo se requiere programas de atención temprana centrados en la familia y en el entorno.

Los niños prematuros se dividen en su categorías en función de la edad gestacional.

- Prematuros extremos (menores de 28 semanas).
- Muy prematuros (28 a 32 semanas).

2 Objetivos

- Reducir la mortalidad de los límites de viabilidad del bebé (es decir, entre las semanas 22, 23 y 24 de gestación).
- Conseguir integrar a la familia en el tratamiento y en el cuidado de recién nacido.
- Promover el uso de piel con piel (método canguro).
- Impacto psicológico sobre el nivel de estrés y depresión de las madres durante la internación de sus bebés en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se realiza a través de base de datos como Elsevier, Scielo y diferentes fuentes bibliográficas sobre la importancia del prematuro, así como artículos científicos de diferentes revistas indexadas.

La búsqueda se realiza en idioma castellano utilizando como descriptores las palabras clave :prematuridad, recién nacido, inmaduro, alteraciones neurodesarrollo.

4 Resultados

Se estima que cada año nacen 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación), esta cifra está aumentando.

A nivel mundial la prematuridad es la primera causa de mortalidad en lo niños menores de 5 años, la tasa de supervivencia presenta notables disparidades entre los distintos países del mundo.

En contexto de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (2 meses antes de de llegar a término), mueren por no haber recibido cuidados sen-

cillos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como no haberles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios.

En los países de altos ingresos prácticamente la totalidad de los bebés sobreviven. Se observó que los problemas fisiológicos que afectan principalmente a los bebés prematuros al nacer, influyen retrasando su desarrollo natural.

Mediante la musicoterapia se puede conseguir una mejora a nivel físico, mental, social y cognitivo.

En los estudios analizados hemos podido observar esas alteraciones de pretérmino y con la aplicación de la musicoterapia los bebés experimentan un cambio destacable, mejorando el nivel del sueño, peso, espiración.

En estos estudios se explica que aplicar esa técnica ayuda a enmascarar los sonidos de alarma y monitores que afectan negativamente al bebé en la unidad de cuidados intensivos.

Por lo tanto la lactancia materna va unida al método canguro (contacto permanente piel con piel entre la madre y el recién nacido), este favorece un adecuado desarrollo neurológico y psicomotor de los prematuros, la organización de sus conductas, temoregulación, reducción de episodios de apneas, menor riesgo de infección y mayor ganancia de peso.

También es el momento para los padres de reconocer al niño como hijo propio y pasar a ser los auténticos protagonistas del cuidado del bebé.

5 Discusión-Conclusión

En los estudios que se realizaron se pudo ver la necesidad de las madres de interactuar con sus bebés durante la hospitalización, lo que tendría aspectos positivos para ambos, lo que remarca la necesidad de que los equipos de salud promuevan una atención centrada en la familia lo antes posible.

La lactancia materna y el método canguro tiene un efecto analgésico, mejora el vínculo con su progenitor también puede ser llevado por el padre (método canguro) y estimula una alimentación y succión temprana y por tanto una lactancia materna exitosa, esto es beneficioso para la madre y para el bebé.

6 Bibliografía

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

Capítulo 142

LOS EFECTOS QUE PRODUCE SOBRE EL ORGANISMO LA APLICACIÓN DE TERAPIAS CON MÉTODOS FÍSICOS

MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ

MIRIAM GARCIA RUIPEREZ

JENNIFER GARCIA RUIPEREZ

1 Introducción

La fisioterapia utiliza los agentes (frío y calor), para sus diversas técnicas de tratamientos, aplicándolos a las superficies corporales, con el fin de aprovechar los efectos terapéuticos que estos poseen, ayudando a mejorar y fortalecer la situación de salud del paciente.

Los agentes físicos los podemos encontrar en el medio ambiente y en terapia física aprendemos a sacarles provecho para obtener unos beneficios para el organismo humano.

Encontramos grandes beneficios a la utilización de agentes físicos que podemos encontrar en el medio ambiente, como es su bajo coste, sus efectos son excelentes y muy rápidos, además de permitir múltiples maneras de aplicación, haciéndose adaptable a casi cualquier lesión, enfermedad y afección, además de poder ser utilizada a cualquier persona y a cualquier edad.

Como con cualquier terapia, esta también tiene sus contraindicaciones y no deberá usarse cuando exista:

- Lesión o inflamación aguda.

- Áreas con hemorragia reciente o potencial.
 - Áreas con tromboflebitis,
 - Pacientes con daño sensitivo o mental.
 - Existencia de tejido maligno.
 - Sobre una herida abierta.
 - En prominencias óseas porque son zonas de sensibilidad reducida y favorece las lesiones cutáneas.
- Se deberá tener una gran precaución en su aplicación:
- Durante el embarazo.
 - En pacientes con daño o enfermedad circulatoria.
 - En áreas con edemas.
 - Pacientes con insuficiencia cardíaca.
 - Áreas con presencia de metales.
 - Áreas con aplicación previa de medicamentos tópicos.
 - Niños y ancianos que no respondan bien al tratamiento.
 - En la aplicación de grandes zonas, se ha de valorar previamente la función cardiovascular, respiratoria y renal del paciente.
- En su uso podemos encontrar efectos adversos como quemaduras, sangrados , daños en la piel y los ojos y vasoconstricción neurogénica.

2 Objetivos

- Saber valorar la situación de los diversos agentes físicos que encontramos en el medio ambiente.
- Conocer los grandes beneficios sobre el organismo.
- Valorar sus bajos costes y su fácil obtención.

3 Metodología

Para la realización y elaboración del siguiente capítulo, se ha procedido a la búsqueda sistemática de libros y artículos relacionados con tratamientos terapéuticos, y también se han consultado diversos artículos en las principales bases de datos como google académico y scielo y otros artículos científicos procedentes de las publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como resultados al estudio realizado encontramos diversas formas de aplicaciones terapéuticas a muy bajo coste, entre ellas detallaremos las mas usadas:

-Termoterapia: Es el uso de calor con fines terapéuticos, el calor se aplica localmente sobre la superficie corporal produciendo vasodilatación, enrojecimiento (eritema), calentamiento de la piel u aumento de la temperatura. Dando lugar a mayor afluencia de sangre hacia los tejidos periféricos y aumentando el aporte de oxígeno y nutrientes.

Su aplicación local tiene efecto: antiinflamatorio, acelera la maduración de los procesos infecciosos, favorece la cicatrización y reparación de los tejidos, es analgésico disminuyendo la sensibilidad al dolor, es un buen relajante muscular.

Sus efectos comienzan a aparecer pasados 20 -30 minutos de su aplicación.

-Crioterapia: Es el uso del frío con fines terapéuticos. La aplicación local de frío produce vasoconstricción, por lo tanto disminuye el aporte de la sangre en los tejidos y la piel se torna pálida y fría.

La aplicación local de frío tiene: efecto antiinflamatorio, es un anestésico local, es antihemorrágico y antitérmico.

-Hidroterapia: Es un tratamiento que se utiliza el agua para tratar determinadas patologías, estando indicada tanto para preparación física para una intervención quirúrgica o como rehabilitación postoperatoria. Haciendo uso tanto de frío y calor en su tratamiento.

-Fototerapia: Es el tratamiento de diferentes enfermedades demonológicas inflamatorias y neoplásicas de la piel mediante la radiación ultravioleta.

- Masoterapia: Es una técnica que consiste en el uso de distintas técnicas de masaje con fines terapéuticos, para tratar enfermedades o lesiones. Los masajes mejoran la circulación sanguínea y el flujo de la linfa, lo que ayuda a llevar nutrientes a las células y eliminar impurezas y sustancias tóxicas del organismo.

Por todo lo detallado son técnicas que aportan al organismo grandes beneficios

5 Discusión-Conclusión

Como resultados al estudio realizado, podemos encontrar grandes beneficios que pueden producir sobre el organismo cualquiera de las terapias que se use.

Son fáciles de encontrar, ya que nos la proporciona el medio ambiente y con una formación específica se le puede sacar grandes beneficios a muy bajo coste.

También se debe tener en cuenta los peligros que puede originar su mala aplicación, o la aplicación inadecuada y prolongada continuamente que en este caso

perjudicaría gravemente la salud.

Para la aplicación de cualquier técnica terapéutica se debe realizar un estudio completo del paciente, para determinar cual seria la mejor opción.

Su gran beneficio es también que los efectos aparecen muy pronto.

6 Bibliografía

1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.

3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 143

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: ULCERAS POR PRESION.PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ

ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ

NOELIA GARCIA ARCONES

MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ

MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS

1 Introducción

Los técnicos en cuidados de enfermería que trabajamos en el ámbito sanitario vemos en nuestro día a día a pacientes que presenta úlceras por presión, una patología que les hace disminuir considerablemente su calidad de vida por eso hemos decidido dedica este capitulo a las úlceras por presión y los procedimientos preventivos que debemos aplicar en nuestros pacientes.

Las úlceras por presión (UPP) patología que ha venido acompañando al ser humano desde su existencia ya que estas se originan por la interacción del ser humano con el mundo que les rodea, no nos vamos a poner a describir sucesos de la

historia que lo demuestra, pero si vamos a hacer referencia su primera referencia y a la primera manifestación escrita que verifican este hecho.

La primera referencia histórica sobre las úlceras por presión la encontramos en el antiguo Egipto (del 1070 al 945 a de C.) donde la momia de una sacerdotisa anciana presenta grandes úlceras por presión en los isquiones y las escápulas. Pero la primera manifestación escrita la encontramos siglos más tarde (460-370 a.C.) donde Hipócrates describe una úlcera por presión en un paciente parapléjico con disfunciones en la vejiga y los intestinos.

Pero ¿qué es una úlcera por presión?

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones o trastornos de la piel debidas, secundariamente, a un proceso de isquemia (reducción del flujo sanguíneo en forma), que se presentan en una zona localizada de necrosis isquémica, esta necrosis puede afectar a la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las medidas que debe tomar el técnico en cuidados de enfermería para prevenir la aparición de úlceras por presión.

Objetivo secundario:

- Conocer los distintos factores que intervienen en la aparición de úlceras por presión.
- Conocer la clasificación de las úlceras por presión en función de la zona a la que afectan.

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: úlceras por presión, primera manifestación en la historia de úlceras por presión, primera manifestación escrita de úlceras por presión, factores que intervienen en la aparición de úlceras por presión, clasificación de úlceras por presión y medidas a tomar para prevenir las úlceras por presión.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre úlceras por presión, primera manifestación en la historia de úlceras por presión, primera manifestación escrita de úlceras por presión, factores que intervienen en la aparición de úlceras por presión, clasificación de úlceras por presión y medidas a tomar para prevenir las úlceras por presión, 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Los factores que predisponen a un paciente a padecer úlcera por presión son:

- Factores extrínsecos:

- . Presión ejercida y mantenida entre dos planos duros (esqueleto y otro plano duro)
- . Fricción o rozamiento (roce entre la piel y otra superficie)
- . Cizallamiento
- . Humedad
- . Tiempo

- Factores intrínsecos:

- . Pérdida de la función sensitiva y motora.
- . Disminución de la percepción del paciente para ver la necesidad de cambio de posición.
- . Riesgo de la pérdida de la integridad de la piel.
- . Trastornos inmunológicos.

Clasificación de las úlceras por presión en función de las estructuras que afectan:

- Estadio I o úlcera de primer grado: lesión que puede afectar a la epidermis y a la dermis en la que la piel permanece intacta.
- Estadio II o úlcera de segundo grado: lesión que afecta a la dermis, epidermis y hipodermis que se presenta con una disminución de grosor de la piel, aparición de vesículas y/ o fístulas.
- Estadio III o úlcera de tercer grado: la lesión se extiende hasta la fascia subyacente. Aparece necrosis y pérdida de continuidad de la piel.
- Estadio IV o úlcera de cuarto grado: lesión que afecta al músculo, al hueso y a otras estructuras. Destrucción no solo de piel sino de tejido.

Medidas preventivas para prevenir la aparición de las úlceras por presión: o Cuidados y protección de la piel:

☑ Vigilar diariamente el estado de la piel, haciendo especial hincapié en las zonas de más riesgo.

☑ Realizar una higiene de la piel exhaustiva, con jabón neutro y secado meticuloso haciendo especial hincapié en las zonas rugosas.

- ☒ Mantener la ropa del paciente y de la cama seca.
- ☒ Mantener la cama sin arrugas.
- ☒ Proteger las zonas propensas a la aparición de úlceras por presión con productos específicos, como puede ser el mepentol.
- ☒ En pacientes con incontinencia urinaria, hay que poner especial interés en mantenerlos secos el máximo tiempo posible, cambiando todas las veces que sea necesario el pañal.
- ☒ Evitar el uso de hules, ya que favorecen la sudoración.
- ☒ Evitar la utilización de colonias que contengan alcohol.
- ☒ Evitar la fricción en el secado de la piel. o Reducción de la presión:
- ☒ Establecer un cuadrante de cambios posturales durante las 24 horas del día, que deben realizarse cada dos horas y que deben quedarse registrados en su correspondiente hoja.
- ☒ Promover la movilidad en función de la patología del paciente.
- ☒ Utilizar dispositivos para disminuir la presión : cojines, cuñas de espuma, almohadas, taloneras, etc. o Nutrición e hidratación
- ☒ Valoración diaria de la dieta y la ingesta.
- ☒ Hidratación, ofrecer asiduamente agua u otros líquidos.

5 Discusión-Conclusión

Las actuaciones de los técnicos en cuidados de enfermería (T,C.A.E.) con los pacientes deben ir encaminadas a ofrecerles un servicio de calidad y proporcionarles toda la ayuda necesaria para su pronta mejoría y por tanto evitarle la aparición de úlceras por presión (que son dolorosas y cicatrizan de forma muy lenta) por todo ello es necesario que conozca y aplique todas las medidas de prevención en la aparición de las úlceras por presión.

Por ejemplo, si el TCAE durante el aseo diario no observa la piel y no pone en conocimiento la aparición de una lesión (eritema que no desaparece al cesar la presión) esta lesión se irá incrementando y cuando sea notificada estará en un estado de gravedad más avanzado y el posterior proceso de curación será mucho mas desagradable y duradero para el paciente.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 3.<https://www.scielo.org/es/.0300151>.

Capítulo 144

TIPOS DE SONDAS PARA LA ALIMENTACIÓN

MIRIAM GARCIA RUIPEREZ

MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ

JENNIFER GARCIA RUIPEREZ

1 Introducción

La alimentación por sonda, es una forma de administración de medicinas y líquidos, como líquidos nutritivos por un tubo pequeño colocado a través de la nariz o boca hacia el estómago o el intestino delgado.

Hay varios tipos de sondas para la alimentación que son los siguientes:

- Sonda nasogástrica (SNG) o también llamada gastronasal ; es un tubo habitualmente de plástico silicona o PVC que se introduce a través de la nariz hasta el estómago pasando por el esófago.

Su colocación es fácil llegando directamente al estómago, siendo una vía más fisiológica al no saltarse la etapa digestiva gástrica.

- Sonda nasoyeyunal (NJ): es un tubo que lleva los alimentos a través de la nariz hasta el yeyuno (parte del intestino delgado).

Es una sonda suave y flexible para que pueda pasar fácilmente a través de la nariz y el estómago, debido a su pequeño tamaño, el yeyuno solo puede contener cantidades pequeñas de alimento a la vez.

- Sonda de gastrostomía endoscópica percutánea ; es una intervención quirúrgica que consiste en la apertura de un orificio en la parte anterior del abdomen para introducir sonda de alimentación al estómago.

- Sonda de yeyunostomía: es una sonda suave de plástico que se coloca a través de la piel del abdomen hacia la parte media del intestino delgado. Esta sonda lleva alimento y medicamento hasta que la persona está lo suficientemente saludable para alimentarse por boca.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de sondas utilizadas para la alimentación de los pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se realiza una revisión bibliográfica a través de la base de datos Elsevier, Scielo y diferentes fuentes bibliográficas sobre diferentes tipos de sondas, así como artículos científicos de diferentes revistas indexadas.

La búsqueda se realiza en idioma castellano utilizando las palabras claves: alimentación, intestino, nutrientes y sondas.

4 Resultados

No es necesario solo utilizar estas sondas de alimentación para aquellas personas que no pueden hacerlo por vía oral, sino también se puede usar con la finalidad de ayudar a la persona por no poder comer lo suficiente y no satisfacer las necesidades nutricionales.

Se incluye algunos de los siguientes casos:

- Falta de apetito durante mucho tiempo.
- Desnutrición proteico-energética grave.
- Coma o estado de alerta muy reducido.
- Insuficiencia hepática.
- Lesión en la cabeza o cuello u otro trastorno que hace que sean incapaces de comer por boca.
- Enfermedad grave (como quemaduras), que aumenta las necesidades nutricionales.

Dependiendo el tiempo aproximado que vaya a permanecer la sonda de alimentación se utiliza un tipo u otro:

- Sonda nasogástrica o nasoyeyunal; un periodo inferior de 4 a 6 semanas.
- Gastrostomía endoscópica percutánea; un período de más de 4 a 6 semanas.

Para la alimentación hay 2 fases principales:

- Alimentación por bolos; se administran dosis de fórmula varias veces al día por la sonda de alimentación. Esto es muy similar a la rutina de alimentación normal.
- Alimentación continua; se usa en bomba electrónica para administrar pequeñas cantidades de fórmula a lo largo de un período de horas.

La persona con Sonda de alimentación debe permanecer en posición vertical o con la cabeza de la cama elevada durante la alimentación y 1 o 2 horas después. Cuando el paciente tiene que irse a casa con sonda de alimentación, el paciente y los familiares deberían estar atentos a problemas como:

- Aumento o pérdida de peso.
- Vómitos o diarrea.
- Deshidratación.
- Infecciones.

Algunos efectos secundarios de la alimentación por sonda son:

- Náuseas.
- Diarrea.
- Calambres estomacales.
- Estreñimiento.
- Hinchazón.

La mayoría de los efectos secundarios pueden prevenirse siguiendo las instrucciones de cuidados y alimentación.

Es importante recordar a toda persona que vaya a administrar alimentación por sonda una serie de cuidados para evitar complicaciones:

- Lavado de manos con agua y jabón antes de administrar la alimentación.
- La posición de la cabeza tiene que estar más alta que el estómago.
- No almacenar más de 24 horas las fórmulas abiertas en la nevera.
- Sacar de la nevera la fórmula 30 minutos antes de dar la toma para que esté a temperatura ambiente.
- No dejar que la jeringa se vacíe por completo durante la administración de la alimentación.
- Lavar la jeringa con agua y jabón después de cada uso.
- Controlar la piel de colocación de la sonda para ver cualquier cambio que hubiera.

5 Discusión-Conclusión

No hay evidencia de que la alimentación por sonda prevenga de las aspiraciones, mejore el estado nutricional y prevenga de la desnutrición o sus consecuencias.

Es necesario siempre comprobar que la sonda funciona bien.

Se ha demostrado en estudios encontrados que el sondaje nasogástrico sigue siendo una de las técnicas más empleadas, aunque cabe destacar que las sondas tienen varios inconvenientes como que son antiestéticas y provocan molestias a la persona.

La nutrición por sonda es una forma agresiva de soporte nutricional y de alto coste.

Como se muestra anteriormente, hay una gran variedad de sondas nasogástricas, según el material de que se compone, finalidad y tamaño.

6 Bibliografía

www.google.académico.es

Fría.L.Cueva C nutrición enteral,indicaciones ,sonda y materiales.

Biblioteca Nacional de medicina.

Capítulo 145

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA OXIGENOTERAPIA

MARIA BELEN CARRO RUBIERA

1 Introducción

La oxigenoterapia es un tratamiento que se basa en la administración de oxígeno por vía inhalatoria en una concentración mayor que la del ambiente, que es del 21%, para resolver los problemas de hipoxia. El porcentaje más usual oscila entre el 24 y el 28%.

El auxiliar de enfermería debe vigilar signos de dificultad respiratoria en el paciente; es decir, respiración rápida y superficial, pulso filiforme y rápido, temor e inquietud, aprensión y confusión, cianosis, palidez, sudoración

Antes de administrar oxígeno, habitualmente se realiza una gasometría arterial. El enfermero extrae una muestra de sangre, en la que se analiza:

- Presión parcial de oxígeno (PO₂): debe situarse entre 90 y 100 mmHg. Por debajo de las cifras consideradas normales se habla de hipoxia.
- Presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂), entre 35 y 45 mmHg. Cuando supera las cifras normales se produce hipercapnia.
- Capacidad de eliminación del CO₂ por parte de los pulmones.
- Valor del pH.
- Saturación de oxígeno.

La fisioterapia respiratoria (FTR) tiene como objetivo mejorar la ventilación pulmonar, el intercambio de gases, la función de los músculos respiratorios, la disnea, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida relacionada con la salud.

2 Objetivos

Dar a conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la administración de oxígeno al paciente, 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

Los aspectos fundamentales que debe conocer el TCAE respecto a la oxigenoterapia y su manejo son:

- **Uso de bombonas de oxígeno:**

Son cilindros portátiles de uso en urgencias o domicilio, los cuales llevan acoplados:

- **Regulador de presión, manómetro de presión o manorreductor:** reduce la presión del oxígeno a un nivel más seguro y manejable. Tiene una escala graduada en kg/cm².
- **Medidor de flujo o caudalímetro:** regula el flujo del gas en litros por minuto (l/min) dependiendo de la cantidad que queramos administrar.
- **Humidificador:** usa agua destilada para evitar la desecación de las mucosas. El oxígeno se impregna de vapor de agua antes de llegar al paciente. Cuantas más burbujas se hagan, más vapor de agua se produce.

- **TÉCNICA DE UTILIZACIÓN**

1- Abrir ligeramente la rueda de mano y cerrarla rápidamente para retirar cualquier suciedad de los orificios de salida.

- 2- Comprobar que el indicador de flujo funciona de forma correcta.
- 3- Llenar la botella del humidificador con agua destilada estéril hasta la marca indicada en el recipiente.
Colocarlo en su posición de uso.
- 4- Al abrir la válvula de la bombona por completo, el manorreductor muestra la presión de la bombona.
Con ello se sabe el nivel de llenado.
- 5- Conectar el sistema de administración de O₂ al humidificador.
- 6- Regular el flujo prescrito por el médico (en l/min).
- 7- Colocar el sistema al paciente y acomodarlo.
- 8- Registrar la técnica y las posibles incidencias.

● Sistema central de oxígeno hospitalario:

Es conducido por tuberías hasta la habitación del paciente, donde sale por la toma de oxígeno en la pared. En la mayoría de los casos, hay que comprobar el estado del enfermo durante la primera hora.

Después, llevar una vigilancia normal según el protocolo de la unidad.

• TÉCNICA

- 1- Informar al paciente de lo que se va a hacer.
- 2- Elevar la cabecera de la cama para colocarlo en la posición de Fowler (si no está contraindicado).
- 3- Conectar el caudalímetro a la toma de O₂ de la pared.
- 4- Llenar el humidificador con agua destilada estéril hasta la marca indicada o usar una botella de agua destilada estéril, específica para este fin.
- 5- Conectar el humidificador al caudalímetro.
- 6- Conectar el sistema de administración de O₂ pautado por el médico al humidificador y al paciente.
- 7- Regular el flujo prescrito (l/min).
- 8- Comprobar que el sistema funciona correctamente, colocárselo al paciente y acomodarlo.
- 9- Registrar la técnica y las posibles incidencias en la hoja de cuidados.

● Uso de cánula nasal o gafas nasales:

Permite al paciente hablar y comer sin quitárselo.

Se administra O₂ a bajas concentraciones, entre 22 y 30%, dependiendo de los l/min suministrados.

● Uso de mascarilla facial:

- Las mascarillas simples son las empleadas durante el transporte de urgencia leve y para pacientes con hipoxemia o dificultad respiratoria leve. La concentración de oxígeno es entre el 40-60%, con un flujo de 5-8 litros/minuto. Tiene el inconveniente de ser poco confortable y normalmente se toleran mal.
- Las mascarillas tipo Venturi consiguen una mezcla constante del oxígeno con el aire ambiente, conjugando el tamaño del orificio de entrada y el flujo de O₂ suministrado. Se usan concentraciones de entre el 21 y el 50%.
- Las mascarillas con reservorio se emplean cuando el paciente necesita altas concentraciones de oxígeno, como cuando se da una insuficiencia respiratoria grave o por intoxicación con monóxido de carbono.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer gracias a la revisión bibliográfica de la literatura científica existente, como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, algunas cuestiones básicas relacionadas con los mecanismos de oxigenoterapia que existen hoy en día en los centros hospitalarios.

La oxigenoterapia es un tratamiento que se basa en la administración de oxígeno y que se utiliza en aquellos pacientes con patologías en las que nos encontramos con situaciones de hipoxia.

Existen diversas formas de administración de oxígeno entre las que podemos destacar: el uso de bombonas de oxígeno, los sistemas centrales de oxígeno en los centros hospitalarios, uso de cánulas o gafas nasales y el uso de mascarilla facial.

Como hemos visto en este capítulo, hay varios aspectos importantes a tener en cuenta respecto a la oxigenoterapia, por lo que es importante el conocimiento y la correcta formación del TCAE respecto a la misma.

6 Bibliografía

1- <https://enfermeria.top>

› apuntes › tcae

Atención al Paciente con Oxigenoterapia | Enfermería

2- <https://www.opositatest.com>

› oxige...

Oxigenoterapia de la materia Fármacos y Medicación - TCAE CYL - Opositatest

3- <https://www.ec-oposiciones.com>

> tc...

TCAE: tema 15. Respiratorio y oxigenoterapia. - ec-oposiciones.com

4- <https://www.cgtsanidadlpa.org>

> ...PDF

TEMA 12-AE-SCS-2007-At-AE-al paciente con oxigenoterapia - CGT Sanidad

5- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>

> ...

Plan de cuidados en paciente con oxigenoterapia de alto flujo con cánula ...

Capítulo 146

VIGILANCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son zonas de la piel que se lesionan tras un prolongado tiempo en la misma posición. Normalmente, se forman en la zona de piel donde el hueso es más superficial, como es el caso de los talones, tobillos, rodillas, trocánteres, sacro, escápulas, codos, arco cigomático...

Para evitar las UPP deberíamos realizar cambios posturales cada dos/tres horas en pacientes con reducida o nula movilidad para así no mantener siempre la presión en los mismos puntos. Si es posible alternar espacios de tiempo en cama y otros en el sillón, siempre manteniendo una buena postura sentado, evitando que se deslice o escurra. También debemos de utilizar los dispositivos médicos que tengamos a nuestro alcance ya bien sea colocando almohadas para proteger los distintos puntos de presión (entre piernas si está decúbito lateral, bajo los tobillos si se coloca decúbito supino, etc.) si disponemos de colchones de aire alternante sería una muy buena opción. También protocolizar la colocación de apósitos en sacro, tobillos y maléolos. Después de lo vivido durante estos meses, hemos visto un incremento en las UPP en las plantas Covid-19. Este aumento se debe a un aumento en el sedentarismo y menor número en cambios posturales de los pacientes debido las restricciones de las visitas de los familiares y a una menor intervención por el equipo de enfermería para reducir el número de entradas en las habitaciones de los pacientes.

2 Objetivos

Exponer los lugares más habituales de aparición de las úlceras por presión, así como los principales factores de riesgo.

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

Lugares frecuentes de aparición de UPP:

- En el caso de las personas que utilizan sillas de ruedas, las escaras suelen aparecer en la piel en los siguientes sitios:

1. Coxis o glúteos
2. Omóplatos y columna vertebral
3. Parte trasera de los brazos y piernas donde se apoyan en contacto con la silla

- En el caso de las personas que necesitan permanecer en la cama, pueden aparecer escaras en los siguientes sitios:

1. La parte trasera o los lados de la cabeza
2. Los omóplatos
3. La cadera, la espalda lumbar o el coxis

Podemos además afirmar que el riesgo de desarrollar escaras es mayor si tienes dificultades para moverte y no puedes cambiar de posición fácilmente mientras estás sentado o en la cama. Los factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Inmovilidad. Esto puede deberse a una salud debilitada, a una lesión de la médula espinal y a otras causas.
- Incontinencia. La piel se vuelve más vulnerable con la exposición prolongada a la orina y las heces.
- Pérdida de la percepción sensorial. Las lesiones de la médula espinal, los trastornos neurológicos y otras afecciones pueden ocasionar una pérdida de la sensibilidad. La incapacidad para sentir dolor o malestar puede dar lugar a que

no se tengan en cuenta las señales de advertencia y a la necesidad de cambiar de posición.

- Nutrición e hidratación deficientes. Las personas necesitan suficientes líquidos, calorías, proteínas, vitaminas y minerales en su dieta diaria para mantener la piel sana y evitar la ruptura de los tejidos.
- Afecciones médicas que afectan el flujo sanguíneo. Los problemas de salud que pueden afectar al flujo sanguíneo, como la diabetes y las enfermedades vasculares, pueden aumentar el riesgo de daño en los tejidos, como las escaras.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar el presente capítulo quería reforzar la idea de que la piel es nuestro órgano más extenso. Por ello debemos dedicarle buena parte de nuestro tiempo de trabajo a observarla. Es importantísimo a la hora de realizar aseo, de realizar cambios posturales, identificar posibles cambios que puedan aparecer en ella. Si es posible alternar espacios de tiempo en cama y otros en el sillón, siempre manteniendo una buena postura sentado. También debemos de utilizar los dispositivos médicos que tengamos a nuestro alcance ya bien sea colocando almohadas para proteger los distintos puntos de presión, si disponemos de colchones de aire alternante sería una muy buena opción.

El objetivo es observar la integridad cutánea del paciente, y proporcionarle nuestra ayuda para evitar la aparición de UPP.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>

<https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Clasificaci%C3%B3n%20UPP?idioma=es>

Capítulo 147

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE LUPUS

MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ

FRANCISCA LUZÓN SELVA

MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ

MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA

1 Introducción

El lupus es una enfermedad inflamatoria crónica que ataca por error a los órganos y tejidos sanos de nuestro cuerpo. El sistema inmunitario es el responsable de que sustancias desconocidas no afecten al nuestro cuerpo como virus o bacterias. El lupus es una enfermedad que ataca a la mayoría de partes de nuestro cuerpo, en mayor medida a la piel, riñones, articulaciones, cerebro y sistema nervioso, llega a limitar la vida cotidiana de quien lo padece y su diagnóstico es difícil de determinar y su tratamiento es muy complejo.

Como principales síntomas el Lupus manifiesta una multitud de problemas como son los cutáneos, hematológicos, musculares, articulaciones, a las que se suman la fiebre y el cansancio. Síntomas generales: es la pérdida de peso y la falta de apetito, la fiebre y el cansancio. Afectación de piel y mucosas: es la inflamación

y enrojecimiento de las mejillas y zona de la nariz causando picor, piel tirante y quemazón. Para todo ello se aconseja en mayor medida no exponerse al sol e hidratarse bien al salir a la calle con días soleados, ya que puede acentuar más la enfermedad. En el lupus discoide, los rasgos que puede dejar son cicatrices u otras erupciones cutáneas. Las llagas en la boca también son un problema causado por el lupus, como también es la caída de cabello y las manchas cutáneas.

- Afectación renal: El riñón es afectado por el lupus lo que causa la inflamación de este y no puede eliminar de forma adecuada los residuos de nuestro organismo, pudiendo causar incluso encharcamientos.

- Afectación a las articulaciones: Lo más frecuente es la artritis que es la inflamación y dolor en las articulaciones que es muy frecuente en la enfermedad de lupus.

- Afectación neuropsiquiatría y problemas cerebrovasculares: Los principales síntomas son los dolores de cabeza, ansiedad, trastornos del lenguaje, orientación, habla y memoria e incluso podrían hasta convulsionar. Por otro lado los problemas cerebrovasculares pueden causar coágulos de sangre que pueden complicar todo el funcionamiento de nuestro organismo incluso pudiendo llegar a padecer una trombosis.

- Afectación pulmonar: Este problema puede causar con neumonitis intersticial (inflamación con cicatrización en los pulmones), hipertensión pulmonar (presión más alta de los pulmones) o pleuritis (inflamación de la membrana que cubre los pulmones).

- Problemas gastrointestinales: Puede causar gastritis que es la inflamación del revestimiento que recubre el estómago o la úlcera péptica que es una llaga en la mucosa que recubre el estómago.

Todo esto es una parte de la multitud de síntomas que tiene el Lupus y según que tipo de lupus se tenga son unos u otros síntomas. La forma de diagnosticar el Lupus es buscando salida en la multitud de síntomas que hay y cual está padeciendo, su diagnóstico puede ser bastante complejo, ya que el Lupus se tarda en diagnosticar y tiene que padecer dos o más síntomas que afecten a órganos o al sistema de nuestro cuerpo para poder decir que esa persona tiene Lupus y poder valorarla con más tipos de pruebas para diagnosticar así la enfermedad.

2 Objetivos

Establecer una medida de cuidados para favorecer en la medida de lo posible una mejor calidad de vida ante la enfermedad y que las personas la conozcan, que conozcan los tipos de lupus que hay y sus síntomas y así sepan que no están

solas y que hay más personas como ellas con diferentes problemas o síntomas pero todos se centran en que es la enfermedad, la de lupus.

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

Existen diferentes tipos de lupus entre los que nos podemos encontrar son: Lupus neonatal, Lupus originado por fármacos, Lupus cutáneo y LES (Lupus Eritematoso Sistémico) que es el más común a día de hoy.

- Lupus neonatal: Es una enfermedad que pasa de la madre al feto a través del paso transplacentario de anticuerpos maternos. Las estadísticas son más altas de personas que lo padecen son del sexo femenino.
- Lupus originado por fármacos: Este tipo de lupus es como consecuencia a la reacción de un fármaco, los más comunes son: isoniazida, procainamida o la hidralazina.
- Lupus cutáneo: Es una enfermedad que afecta a la piel y que no tiene un tratamiento con garantías de curabilidad pero sí un tratamiento en el que es posible ralentizar o minimizar los síntomas de la enfermedad como son las manchas y los picores entre muchos otros.
- LES (Lupus Eritematoso Sistémico): Esta enfermedad afecta a todo el organismo por error, ya que el sistema inmunitario ataca al tejido sano. Las partes que se ven más afectadas son: Riñones, articulaciones, cerebro, la piel y otros órganos. El LES no tiene curación, pero un tratamiento efectivo mediante tratamiento farmacológico y modificaciones en el estilo de vida puede minimizar los síntomas, reducir la inflamación y mantener las funciones normales del cuerpo. Los objetivos del tratamiento están basados en las necesidades específicas y los síntomas de cada paciente, ya que el curso del lupus puede variar de forma significativa de un individuo a otro. Entre los objetivos del tratamiento encontramos:
 - Suspensión de la actividad excesiva del sistema inmunitario. Prevenir las exacerbaciones de los síntomas.

-Disminuir la inflamación.

-Minimizar las complicaciones relacionadas con la enfermedad y su tratamiento. Los medicamentos comúnmente prescritos y a los que los pacientes con LES suelen tener, a uno o más de ellos, buena respuesta son los citados a continuación. Los fármacos antipalúdicos, tales como hidroxicloroquina y la cloroquina, que pueden ser de mucha utilidad en algunos pacientes con lupus. Se usan frecuentemente para el control de la artritis, la erupción cutánea, úlceras orales, la fatiga y la fiebre. Los efectos terapéuticos pueden aparecer hasta después de varios meses, debido a que estos fármacos son lentos en cuanto al inicio de su efecto. No obstante, hay que estimular al paciente a seguir el tratamiento pese a que de momento no se encuentre mejor.

5 Discusión-Conclusión

Un diagnóstico a tiempo de esta enfermedad es fundamental para aplicar un adecuado tratamiento farmacológico que frene los posibles dolores y demás efectos que provoque esta dolencia, ya que todavía no hay tratamiento para que la enfermedad desaparezca y es muy dolorosa y se necesita calmar esos dolores. Como tecnico de cuidados auxiliares de enfermeria podemos ayudar a estas personas en las AVD (actividades de la vida diaria) y a su vez brindar apoyo y acompañamiento en momentos difíciles para ellos, ya que son muchos.

El lupus es una enfermedad crónica que afecta a muchas personas, sobre todo a mujeres. Esta enfermedad produce síntomas muy variados, por lo que es importante que desde el momento en el que el paciente sienta algún síntoma pueda hacerse un diagnóstico, para así evitar el agravamiento y progresión de la enfermedad administrando un tratamiento.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
2. <http://scielo.org/es/>
3. <https://www.evidence.nhs.uk>

Capítulo 148

EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LOS PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ

FRANCISCA LUZÓN SELVA

MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ

MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA

1 Introducción

La fractura de cadera del paciente anciano es una de las patologías más frecuentes. Es la complicación con mayores repercusiones socio sanitarias provocada por la osteoporosis. Dicha patología lleva asociada una gran morbilidad, así como un importante aumento del gasto hospitalario. Los problemas derivados de una intervención de artroplastia de cadera afectan a prácticamente todos los patrones funcionales del paciente, dado esto, nuestro objetivo será la realización de un plan de cuidados, donde identificaremos los problemas reales y/o potenciales según la valoración del paciente por patrones funcionales de Marjory Gordon y asignaremos unos diagnósticos (Dx) enfermeros junto con sus objetivos NOC

(Nursing Outcomes Classification) e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) basándonos en la taxonomía NANDA Internacional (North American Nursing Diagnosis Association). Se concluye que el desarrollo de un plan de cuidados supone una herramienta muy útil para que el personal sanitario pueda realizar una adecuada atención integral del paciente sometido a una intervención de artroplastia de cadera

Por un lado existe la situación donde ocurre en mayor cantidad en personas ancianas y también en personas con patologías anteriores y por otro lado porque una simple caída, la mayoría de las veces que se da en casa marca un antes y un después para siempre.

En este capítulo, expondremos de forma breve la importancia que tiene el TCAE en el momento de la movilización del paciente con fractura de cadera.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia que tienen los TCAE en los cuidados y movilización de un paciente con fractura de cadera, así como algunas medidas preventivas una vez que el paciente vuelve a su hogar.

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

Una de las funciones más importantes que tenemos los TCAE justo en la fractura de cadera es la de prevenir las lesiones que pueden causarse en la piel, entre ellas las más comunes como son las úlceras por presión, para ellos debemos evitar las arrugas en la cama, colocar taloneras y una almohada en los tobillos, en fin hacer todo lo que podamos para evitar rozaduras.

Cuando el paciente ya ha sido intervenido debemos tener mucho cuidado en los movimientos para evitar la luxación de la cadera, la cual se puede producir por un movimiento de flexión y rotación externa forzada. Debemos siempre tener mucho

cuidado con el paciente a la hora de que este valla ya al inodoro, debe hacer una hiperflexión con las rodillas juntas pero los pies separados, no debemos rotar la paciente nunca totalmente y debemos ponerle almohadas en la cama sobre la espalda para que no gire.

La postura más peligrosa es la flexión de la cadera y esta es la razón por la que debemos prestar particular atención a la posición de sentado en cama durante la higiene y la alimentación. No debemos nunca esturar el miembro operado, debemos colocar una almohada entre las piernas para evitar la rotación interna del pie. Es muy importante no levantar al paciente sin que el médico lo autorice. Tras una intervención de fractura de cadera, hay ciertas posturas que el paciente no debe hacer y nosotros los TCAE debemos cuidar que no las haga.

La primera no debe cruzar las piernas, no debe doblar la cadera operada excesivamente, no debe girar la parte operada ni hacia dentro ni hacia afuera, nunca debe girar sobre el lado operado, sin permiso del cirujano. Generalmente a las 48 horas después de la operación, será cuando podrá comenzar a dar los primeros pasos, siempre por orden del médico y con la ayuda de un andador o muletas, para no cargar el peso sobre su nueva cadera.

Se dice que el 50% de las caídas ocurren en casa, es por esto que debemos informar y aconsejar a la familia sobre algunas medidas a tener en cuenta para prevenir y evitar estas caídas, entre ellas destacamos: retirar aquellas cosas con las que el paciente se pueda tropezar, usar zapatos cerrados y con suela de goma tanto dentro como fuera del hogar, quitar todo tipo de alfombras pequeñas con las que el paciente se pueda enredar, colocar las cosas que se usan de manera continua en estantes que queden a mano, poner barras tanto en baños como pasillos y escaleras para la mayor comodidad y seguridad del paciente. Hay que tener mucha precaución en los levantamientos del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La fractura de cadera es una lesión grave habitual que ocurre principalmente en personas mayores, para muchos pacientes esto puede significar la pérdida total de la movilidad anterior y para algunos pacientes más débiles el ya no poder volver a casa, lamentablemente alrededor del 30% de las personas ancianas que sufren una fractura de cadera acaba muriendo. Para todos los profesionales de la salud la fractura de cadera es un desafío singular.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en los cuidados y movilización del paciente con fractura de cadera, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y

buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://sogacot.org>
2. <https://www.imq.es/>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
4. <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 149

EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL

MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ

FRANCISCA LUZÓN SELVA

MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ

MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA

1 Introducción

El proceso de esterilización consiste en una técnica tras la cual vamos a obtener un producto que se encuentra libre de microorganismos viables.

Un proceso de esterilización debe de ser diseñado de tal manera que se asegure de que la técnica es capaz de eliminar toda la carga microbiana de un producto, instrumento o equipo; pudiendo ser este resultado validado mediante técnicas objetivas.

La central de esterilización es la unidad del hospital donde se llevan a cabo los procesos de esterilización, se entiende que es la única manera posible para poder certificar que un producto está en un estado “estéril” después de su haber pasado por los distintos procesos que se llevan a cabo en la central de esterilización, siguiendo la normativa europea e internacional.

Como parte de la prevención de la Infección Nosocomial de un centro hospitalario la esterilización es uno de los pasos fundamentales para lograr cumplir con este objetivo, normalmente la central suele estar ubicada en el semisótano del hospital, de forma que esté situado en una ubicación centralizada que pueda dar acceso o cobertura a todo el conjunto del hospital, sobre todo a las áreas quirúrgicas y los servicios intensivos.

Este servicio lo componen personal de enfermería que supervisa al resto de trabajadores, la maquinaria y el material; ayudados por técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y por celadores que se encarguen de transportar el material para su recogida y posterior distribución por todo el centro sanitario

2 Objetivos

Conocer cómo técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) como funciona una unidad o central de hospitalización, como está estructurada y las funciones básicas que desempeña allí el 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

Funcionalmente una central de esterilización de un hospital está estructurada en las siguientes zonas:

Área de recepción y clasificación del material no estéril (zona sucia), área de preparación y empaquetado de material textil (paños, sábanas quirúrgicas, batas...), área de los esterilizadores, área de descarga, entrega y almacenamiento del material estéril (zonas limpias).

El servicio de esterilización debe estar en comunicación con el resto de servicios y unidades del hospital mediante un circuito limpio y un circuito sucio:

- El circuito de sucio consiste en una comunicación horizontal y/o vertical, por la que se recibe todo aquel material que está contaminado o que ha sido usado para

su limpieza, desinfección y proceso de esterilización ya sea a través del transporte por parte de un TCAE, mediante carros de material que transporta el celador hasta la unidad o de manera vertical a través de un montacargas.

- El circuito de limpio consta también de dos modalidades: de forma horizontal se sirve material estéril a través de la ventanilla del área de almacenamiento y entrega de material estéril a todas las unidades del hospital y de forma vertical se sirve el material estéril al bloque quirúrgico, UCI y REA a través de un montacargas.

La Central de Esterilización es un servicio centralizado que como ya hemos dicho trabaja para ofrecer cobertura a todo el centro, aunque el quirófano y las unidades intensivas sean con las que mas nos comunicamos.

El proceso de esterilización se lleva a cabo mediante una serie de fases:

- En primer lugar se lleva a cabo la limpieza del material ya que la presencia de suciedad en los dispositivos puede producir que el proceso de esterilización no resulte del todo efectivo, al impedir que el agente esterilizante penetre en el material de forma correcta. Gracias a una correcta limpieza del material vamos a poder eliminar cualquier resto de materia orgánica, sangre o suciedad que pudiera quedar adherida en el material. Esta limpieza no se inicia en la central si no que debe realizarse en las propias unidades debiendo enviarse el material correctamente secado.

- Después pasaremos a la recepción y clasificación del material: En esta zona se recibe todo el material que llega de los distintos servicios del hospital, se contabiliza y se comprueba que esté correctamente reflejado en el volante de entrada, donde además se debe de incluir a que servicio pertenece. Es muy importante en este paso que se identifiquen de forma correcta las entradas, para poder llevar un seguimiento de los flujos de material y poder verificar el estado del material. En esta zona se ejecutan labores de preparación del material para el siguiente proceso.

- Una vez recepcionado y clasificado el material pasaremos a realizar la preparación y empaquetado del mismo: En este área clasificaremos todo el material textil que va a ser usado para preparar los distintos equipos textiles y se realiza el empaquetado de sábanas y paños quirúrgicos, batas, etc.

- Después se llevará a cabo el proceso de esterilización en las máquinas correspondientes para una vez finalizado el proceso pasar al almacenamiento y entrega de material ya estéril: Aquí organizaremos el trabajo de salida de todo el material estéril después de haber pasado por los distintos autoclaves. Se comprueba la integridad de los paquetes, se verifica que el control químico externo sea correcto y que cada equipo esté perfectamente registrado con su fecha de esterilización,

de caducidad, el nº de autoclave que ha realizado el proceso y el nº de programa usado.

En la central de esterilización se dispone de un sistema informatizado para gestionar la elaboración de etiquetas para el material y las cajas con un código de barras informatizado.

El material que tiene como destino el quirófano, UCI o el servicio de reanimación se enviará por el montacargas, donde será recogido por el personal que trabaja en estas unidades.

El resto del material de otros servicios se almacena para ser entregado posteriormente.

Todo el material debe colocarse de tal forma que se evite al máximo su manipulación, en estanterías con agujeros en la zona estéril o limpia, el material pequeño se colocará en cestas de almacenamiento, y éstas en raíles colgados para evitar que se acumule polvo en el fondo.

Los envases para el material deben ser herméticos y no deben estar dañados, preservando en todo momento la esterilidad del material que contienen.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabajan en una central de esterilización cómo se estructura la unidad, las distintas áreas por las que pasa el material hasta su completo proceso de esterilización, así como qué es el proceso de esterilización y que se hace en cada parte de la central. La central de esterilización debe estar muy bien conectada con los servicios de quirófano, UCI, reanimación y urgencias, ya que es dónde más necesidad existe de tener material e instrumental para realizar el proceso asistencial de los pacientes.

Es importante el conocimiento por parte del TCAE del funcionamiento general del servicio de esterilización y de todas las funciones que este desempeña en el mismo, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y al funcionamiento del resto de servicios.

6 Bibliografía

1-Unidad Central de Esterilización- comunidad de Madrid- disponible en <https://www.comunidad.madrid/hospital/summa112/profesionales/unidadcentral-esterilizacion>

2- TCAE EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN-<https://www.contenidoscumlaude.com/sanidad/tcae-en-el-servicio-de-esterilizacion-8782>

Capítulo 150

ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

JENNIFER GARCIA RUIPEREZ

MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ

MIRIAM GARCIA RUIPEREZ

1 Introducción

Es el lavado y limpieza del cuerpo y mucosas externas para dar bienestar y comodidad al paciente cuando el no sea capaz de hacerlo por si mismo.

Se debe tener empatía para que el paciente se sienta cómodo.

Permite al profesional especializado verificar el estado de la piel y realizar una valoración física general. Con el aseo también buscamos exhaustivamente la presencia de irritaciones, eczemas, heridas, UPP...

Se debe prestar especial atención a pliegues, zonas debajo del pecho y barriga o entre los dedos de manos y pies.

PROCEDIMIENTO

- Realizar lavado de manos. Preparar el material necesario. Colocarse guantes y mascarilla.
- Preservar la intimidad del paciente e informarle.
- Solicitar la colaboración del paciente.
- Se le retira el camisón o pijama (se dejará siempre tapado con una toalla para conservar el calor). También antes de comenzar se le ofrecerá la cuña.
- 1.Cara y cuello (los lavarnos con agua sin jabón, luego los secaremos)
- 2.Brazos, antebrazos y manos (lavar con agua y jabón cuello, orejas, brazos y axilas. Comenzar desde la axila hasta los dedos. Enjuagar y secar)

3. Tórax y abdomen (lavar y secar cuidadosamente sobre todo debajo de las mamas de la mujer)
4. Piernas y pies(meter los pies en una palangana, mientras lavar desde el tobillo hasta la rodilla. Secar cuidadosamente entre los dedos e hidratadar sobre todo los talones)
5. Espalda y gluteos(poner al paciente en posicion lateral)
6. Genitales (último paso)

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se hace una búsqueda bibliográfica a través de la base de datos Dialnet, Scielo y diferentes fuentes científicas de varias revistas. La búsqueda se realiza en idioma castellano utilizando palabras claves como: aseo, higiene, encamado, lesiones, infecciones...

4 Resultados

Lo primero ante una persona es respetar su autonomía, lo que puede hacer él o ella que lo haga, tarde lo que tarde, no meterme prisa, no agobiar.

Estamos para darle seguridad y aumentar su confort. Antes de llegar al encamamiento las personas suelen pasar por distintos grados de dependencia y cuanto más se tarde en perder la independencia mucho mejor para el profesional, pero mucho mejor para el paciente ya que esto quiere decir que su calidad de vida será mejor. Se sentirá más útil.

Cuando el paciente necesite ayuda para el aseo, tendremos especial atención a su intimidad. Siempre hay que tener en cuenta sus gustos, preferencias, costumbres y por supuesto respetarlas.

También le informaremos de rutinas, horarios de higiene y el baño así la persona será informada de cuando son esos momentos y los integrará como uno más de su rutina.

Para que la persona se encuentre tranquila mantendremos la calma y crearemos un ambiente agradable(temperatura adecuada, silencio, evitaremos gritar, luz

adecuada, etc)

Si se resiste al momento del aseo no lo forzaremos y lo retrasamos, ya que si lo forzamos podemos hacer que viva un momento desagradable que nos haga mucho más difícil realizar el aseo en las próximas ocasiones ya que puede revivir esa situación desagradable. Hay que intentar que, no se ponga nervioso distrayendo su atención.

Una de las formas de distraer su atención es explicarle el por qué es tan importante el aseo por ejemplo:

- La limpieza previa de la piel es imprescindible para la aplicación de antisépticos eficaces.
- Si una persona tiene temperatura alta, el aseo favorece ya que puede bajar las temperaturas de forma natural y rápida.
- Es una forma de eliminar olores y suciedad de la piel.
- Mantener la piel saludable e hidratada.
- Detectar deterioro en la piel ya que la persona no puede identificar.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto el aseo es algo muy íntimo, que debemos respetar al máximo. Que dejen tu cuerpo al descubierto y alguien proceda a limpiarlo no es algo agradable para la persona en camada, ni muchas veces para el cuidador, pero es algo totalmente necesario en la vida del paciente.

En casos en los que una persona que no pueda asearse por sí misma o antes de otra práctica que requiera asepsia se hace frecuente la vergüenza, el miedo y el aislamiento social por tanto es fundamental demostrar respeto y gratitud

Es importante conocer la técnica y realizarla correctamente para que el proceso sea algo seguro para él o ella. Además, debe ser algo agradable ya que va a ayudarlo a sentirse mejor. También, es sano, donde le ayudamos a preservar su salud y su piel.

6 Bibliografía

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

Capítulo 151

TIPOS DE ALIMENTACIÓN ENTERAL

JENNIFER GARCIA RUIPEREZ

MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ

MIRIAM GARCIA RUIPEREZ

1 Introducción

La nutrición enteral es un tipo de alimentación que se administra por el aparato digestivo en forma de líquido, por ejemplo, el consumo de bebidas o fórmulas nutritivas y la alimentación por sonda.

Consiste en administrar los diferentes elementos nutritivos a través de una sonda, colocada de tal forma que un extremo queda en el exterior y el otro en distintos tramos del tubo digestivo, como el estómago, el duodeno o el yeyuno, suprimiendo las etapas bucal y esofágicas de la digestión.

Este tipo de soporte nutricional está indicado cuando no es posible una adecuada alimentación oral voluntaria, siempre que la capacidad del aparato digestivo permita absorber los nutrientes. Entre sus finalidades, destacamos las de prevenir la malnutrición, corregir los problemas nutricionales cuando existan, y otros fines terapéuticos como efectuar un lavado gástrico.

Por tanto, el requisito imprescindible para que el paciente reciba dicha alimentación es que tenga un aparato digestivo con una mínima capacidad motora y funcional.

Hay sondas que se utilizan por la nariz para prevenir o evitar complicaciones,

por ejemplo, en determinados traumatismos craneoencefálicos con fractura de la base y en fase aguda.

Este tipo de alimentación se utiliza desde los bebés más prematuros y las personas de la tercera edad(ya que su aparato digestivo no es capaz de absorber los nutrientes o no son capaces de ingerir por la boca para alimentarse/nutrirse e hidratarse)

2 Objetivos

Dar a conocer la nutrición enteral, sus modalidades y los tipos de sondas para nutrición enteral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación en una revisión bibliográfica sobre alimentación enteral y tipos de sondas.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en principales bases de datos:Medline y Scielo.

La búsqueda se ha realizado en idioma castellano con palabras claves como alimentación nutrientes, sondas, aparato digestivo y difusor.

4 Resultados

Cuando un individuo no puede consumir una dieta normal, ya sea porque es necesario ingerir más calorías, porque hay pérdida de nutrientes o porque es necesario que el sistema digestivo permanezca en reposo, se puede administrar todos los nutrientes o parte de ellos a través del tracto gastrointestinal gracias a una sonda a través de la nutrición enteral.

La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional, por la cual, se suministra una dieta nutricional completa que contenga proteína o aminoácidos, carbohidratos, lípidos agua, minerales, vitaminas y con o sin fibras directamente al aparato digestivo.

Es una alternativa para pacientes que por su enfermedad son incapaces de alimentarse de manera natural. Conseguir un aporte nutricional adecuado va a

facilitar al buen curso clínico de la enfermedad y sobre todo es importante para enfermedades crónicas.

La nutrición enteral da como resultado el aumento del peso total del intestino, del grosor de la mucosa, del contenido de proteínas, así como de la actividad de enzimas de superficie de las microvellosidades, manteniendo la barrera de los enterocitos.

Según donde pueda colocarse la sonda (desde la nariz o a la boca hasta el estómago o hasta el intestino) su colocación dependerá de la enfermedad, el estado general del individuo, la duración del soporte y del objetivo que se pretende.

Existen dos modalidades de nutrición enteral:

1. Nutrición enteral a débito discontinuo:

Se caracteriza por la infusión a través de la sonda de los diferentes nutrientes, en intervalos libres de tiempo. No es necesario ningún elemento mecánico propulsor y puede llevarse a cabo mediante jeringa o por acción de la gravedad.

2. Nutrición enteral a débito continuo:

Es la infusión gástrica o duodeno-yeyunal de los diferentes elementos nutritivos, de modo ininterrumpido y mediante un proceso mecánico (bomba o difusor mecánico) se caracteriza por que se le pauta una velocidad, mejora la absorción, se disminuye y se estabilizan las secreciones digestivas, y no sobrecarga el aparato digestivo.

Hay varios tipos de sondas para nutrición enteral:

1. NASOGÁSTRICA:

El tubo es introducido a través de la nariz y llega hasta el estómago. Es la vía más utilizada por ser más fácil para colocar.

2. OROGÁSTRICA Y OROENTÉRICA:

El tubo es introducido a través de la boca y llega hasta el estómago o hasta el intestino.

No obstruye la nariz, siendo muy utilizada en recién nacidos.

3. NASOENTÉRICA:

El tubo es introducido a través de la nariz, hasta el intestino pudiendo ser colocada a nivel del duodeno o del yeyuno. Permite máxima movilidad; suele ser bien tolerada; disminuye la posibilidad de que las sondas se obstruya; provoca menos distensión gástrica y menos reflujo.

4. GASTROSTOMÍA:

Es un tubo que se coloca directamente sobre la piel a nivel del estómago. No obstruye la vía aérea, permite el uso de sondas de gran diámetro.

5. DUODENOSTOMÍA Y YEYUNOSTOMÍA:

Es un tubo que se coloca directamente sobre la piel a nivel del duodeno o del yeyuno. Disminuye el riesgo de que el jugo gástrico entre en los pulmones. Permite una alimentación en el postoperatorio temprano.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos expuesto en este capítulo, la nutrición enteral aporta numerosos beneficios al paciente. Permite que determinados pacientes tengan un buen estado nutricional y una buena hidratación y ayuda a mejorar la evolución de las patologías, por lo que el paciente podrá poseer una mejor calidad de vida.

También, como se ha expuesto, existe un gran número de sondas diferentes, por lo que para cada caso se podrá escoger la más beneficiosa para cada paciente. Sus cuidados y su utilización son muy fáciles de enseñar, por lo tanto, los pacientes y sus familias son fundamentales para evitar complicaciones e infecciones.

Resaltamos también la importancia de prestar una buena atención tanto en los cuidados de la sonda como a nivel psicológico a los pacientes que lo necesiten, ya que a veces suele ser un proceso que cuesta su adaptación.

6 Bibliografía

1. Tuasaúde.com
2. Wikipedia
3. Google.es/nutrición-enteral
4. Google.es/tiposdealimentacionenteral
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
6. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
7. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 152

LOS CAMBIOS POSTURALES

JENNIFER GARCIA RUIPEREZ

MARIA DE LOS LLANOS GARCIA RUIPEREZ

MIRIAM GARCIA RUIPEREZ

1 Introducción

Algunas personas, como consecuencias de una lesión, enfermedad o la edad sufren problemas de movilidad que les obligan a pasar demasiado tiempo en la misma postura o posición.

Los cambios posturales son las acciones que llevamos a cabo para modificar la postura corporal del paciente encamado y ayuda a evitar las escaras o úlceras por presión. También se utilizan para otras técnicas como revisiones ginecológicas, operaciones, cuando hay un accidente existe una posición de seguridad, etc. Es muy importante al realizar las movilizaciones que inspeccionemos los puntos de apoyo para detectar piel muy enrojecida (sobre todo suelen ser en prominencias óseas), eritemas...

Para prevenir las complicaciones derivadas de la falta de movilidad los cambios posturales deben realizarse cada dos tres horas siguiendo la siguiente rotación:

1. Decúbito supino
2. Decúbito lateral derecho
3. Decúbito lateral izquierdo

Hay que tener en cuenta que estos tiempos son relativos ya que los pacientes pueden pasar un tiempo en silla o sillón y otra parte en cama (es aconsejable

que lleven también colchón antiescaras en cama). Siempre que sea posible se le pedirá la colaboración al paciente para realizar las movilizaciones, ya que así ayudamos a que la sangre circule con mayor facilidad.

2 Objetivos

Proporcionar los conocimientos necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la movilidad ayudando al paciente a mantener una postura adecuada para favorecer su bienestar todo ello en condiciones de seguridad y comodidad.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se hace una búsqueda bibliográfica a través de la base de datos de Dialnet y Scielo y diferentes fuentes bibliográficas sobre los cambios posturales, así como artículo científico de diferentes revistas indexadas.

La búsqueda se realiza en idioma castellano utilizando palabras claves como: decúbito supino, Fowler, enrojecimiento, úlceras por presión, etc

4 Resultados

El cambio de posición es una estrategia que se utiliza junto con otras para prevenir el desarrollo de lesiones de decúbito, incluye mover al paciente a una posición diferente para redistribuir la presión de una parte específica del cuerpo.

Las posiciones terapéuticas también son otro tipo de cambio postural, ya que son aquellas que brindan comodidad al paciente además de mantener una buena alineación del cuerpo evitando contracturas, mejorando la respiración y disminuyendo los riesgos de daños tisulares.

Aparte de todo lo que conllevan los cambios posturales realizando una buena higiene y una buena hidratación(sobre todo insistiendo en las prominencias óseas), las movilizaciones también se considera, en gran parte, como un ejercicio de rehabilitación ya que con nuestra ayuda activamos todo su cuerpo (huesos músculos articulaciones...)

POSICIONES CAMBIOS POSTURALES:

1. Posición decúbito supino: acostado sobre la espalda con brazos extendidos y piernas ligeramente flexionadas.

2. Posición decúbito lateral (derecho o izquierdo) : acostado de un lado con la cabeza en la almohada, el brazo inferior flexionado y paralelo a la cabeza, el brazo superior flexionado con apoyo en el cuerpo y la pierna superior flexionada a la altura de la cadera y la rodilla.

3. Posición decúbito prono: acostado sobre el abdomen y la cabeza girada a un lado.

4. Posición de sedestación: paciente sentado.

5. Posición de Fowler o semifowler:

El paciente está acostado con las rodillas en flexión y el caldo de cero elevado a 45 grados.

6.Tredelemburg o tredelemburg invertida :

El paciente se coloca en decúbito supino y con la cabeza más baja que los pies, de tal forma que se favorece por efecto de la gravedad el retorno de la sangre venosa hacia el corazón a través de la vena cava inferior.

7.Litotomía o ginecológica :

Esta posición se utiliza sobre todo para mujeres embarazadas. Se coloca en una cama o camilla, tumbada sobre su espalda en una postura horizontal. Sus piernas se colocan apoyadas sobre las perneras de la cama o camilla.

8.Genupectoral:

Postura en la que el peso del cuerpo descansa sobre las rodillas y la cabeza, quedando el pecho cerca de las rodillas.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los cambios posturales a un colchón antiescaras para restituir el peso del paciente encamado o enfermo, y una buena higiene e hidratación de la piel gozará de una mejor salud en general si aplicamos esta serie de cambios posturales programados individualmente con las posiciones más adecuadas para cada uno y, normalmente realizados cada 2 o 3 horas por el día y 4 por la noche. Así mismo, aplicando a su vez la medida de prevención citadas anteriormente evitaremos que tengan úlceras por presión.

Los factores a tener en cuenta para realizar cambios posturales son:

- Capacidad del paciente para moverse por sí mismo.
- El riesgo de sufrir escaras o úlceras por presión.
- En el caso de haberse producido las escaras, el grado de las mismas.
- Y por último, si el paciente está todo el tiempo en cama o también está sentado durante el día, es capaz de andar aunque sea con ayuda.

6 Bibliografía

Ayudatecnicasibiza.com

Wikipedia.es/cambios posturales

Google.com/cambiosposturales

Revistamédica.com

Capítulo 153

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO UCSI

LIA ZELFA ALTEZ OBISPO

MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ

MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ

ANGELICA CABALLERO GOMÈZ

DORA ELCY NARANJO CHICA

1 Introducción

La Unidad de cirugía sin ingreso es una de las unidades más importantes del servicio de hospitalización de cualquier hospital, el circulante de pacientes siempre es procedente de la lista de espera quirúrgica y de diferentes especialidades.

Las especialidades de abarcan cirugía menores y medias.

Del servicio de oftalmología se operan cataratas y vitreas, la operación dura aproximadamente una hora y en reanimación permanece el paciente otra hora, en la UCSI ingresan una hora antes de la operación para dilatar la pupila, coger vía con suero glucosado y prepararse para la intervención.

Del servicio de otorrinolaringología se operan accesos, tapones, amígdalas y complicaciones, con tolerancia con alimentos fríos después de la operación y continuidad de cuidados en el domicilio.

En la especialidad de ginecología, se hacen biopsias, ligaduras de trompas y se extraen pequeños tumores.

En cirugía general se colocan mallas para solucionar hernias inguinales laterales o bilaterales. se solucionan varices con anestesia epidural.

Se hacen otras cirugías de calado pequeño y medio que requieren de un gran equipo entrenado, una coordinación con quirófano, de hecho esta instancia está colocada en las puertas de los quirófanos de los hospitales o estas plantas se sitúan muy cerca de estas y de las salas de reanimación por ser los lugares que se recorren para que el periplo del paciente en su estancia sea el menor posible.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es explicar cual es el funcionamiento de la unidad de cirugía sin ingreso mediante un caso clínico.

3 Caso clínico

Silvia es una mujer de 45 años que procede de la lista quirúrgica de la especialidad de ginecología, es remitida con un preoperatorio positivo para realizarse una ligadura de trompas.

Ingresa el día indicado a la hora indicada en ayunas para ser intervenida, la acompaña un tcae a cambiarse de ropa e instalarla en una cama donde después de cogerla una vía es acompañada por dos celadores a quirófano donde se la coloca la epidural y mediante la laparoscopia se la realiza con éxito la reirsección total de las trompas, técnica que se viene efectuando en el último año en los hospitales públicos ya que la ligadura es una técnica en desuso.

Tras la intervención permanece con el protocolo de anestesia las horas establecidas en el área de reanimación y vuelve a la estancia de la UCSI donde debe tolerar alimento, debe realizar una primera micción y cumplir el tiempo establecido desde la salida de la operación.

Silvia cumple el tiempo sin mayor incidente, se la pasa de la cama al sillón y se comprueba que deambula perfectamente, el ginecólogo realiza el alta de la paciente comprobando que todo se encuentra perfectamente y la cita a consulta los días posteriores para realizarla una ecografía de control y dar por finalizado el proceso después de retirarla los puntos.

Se indica en el informe de alta que los puntos los debe de vigilar y curar en su centro de atención primaria y si fuera necesario, retirarlos antes de acudir a la consulta con ginecología.

En la ecografía que se le practica a Silvia en la consulta se comprueba que todo está correcto, la operación ha salido perfecta, la paciente se encuentra bien y es dada de alta del servicio y del proceso.

4 Discusión-Conclusión

El servicio de UCSI está compuesto por un Equipo de enfermería al completo que es fijo en la Unidad, el resto de profesionales son circulantes, pertenecen a otras unidades y es una parcela que pertenece al servicio de cirugía de la planta de especializada del hospital. Son los profesionales de distintas especialidades los que se desplazan para atender a los pacientes, los celadores que desplazan son los de quirófano, los especialistas que llevan a los pacientes son los que pertenecen a cada servicio de las plantas del hospital y se reasignan según el orden de operación desde quirófano para atender a los pacientes procedentes de la lista de espera quirúrgica para la unidad de cirugía sin ingreso.

5 Bibliografía

-Cálculo de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. En: Maestre Alonso JM, editor. Guía para la planificación y desarrollo de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. Madrid: Ed. Ergon S.A., 1997; 11-20.

Capítulo 154

TURNICIDAD Y ALTERACIÓN DE BIORRITMOS EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL

LAURA LLERA DIAZ

JESUS SOBRINO COIRA

LAURA ALONSO LÓPEZ

ANDREA SUÁREZ DOS SANTOS

1 Introducción

Los efectos negativos que tiene el trabajo nocturno ha obligado a los sistemas políticos a implantar diferentes leyes para regular la limitación del tiempo máximo de trabajo al que se puede someter a un trabajador. Sin embargo, hay un colectivo de trabajadores que no se adaptan con totalidad a estas normativas por una sola razón: los enfermos no tienen horarios. Se trata del sector salud.

La necesidad de estar disponibles las veinticuatro horas del día para brindar la atención a las personas que enferman y que requieren cuidados especializados, obliga este colectivo de profesionales de la salud a estar expuestos a largas jornadas laborales, que implican el trabajo a toda hora del día, incluyendo el trabajo nocturno.

Existe mucha literatura con evidencia científica de la negatividad sobre la salud del trabajo en el turno de noche, independientemente del tipo de trabajo que se realice. Estas implicaciones se deben principalmente a la alteración del ritmo

circadiano, la modificación de las horas de sueño y la alteración en el ciclo de luz-oscuridad.

El trabajo en turno de noche se relaciona con una mayor prevalencia e incidencia de algunas enfermedades crónicas, y además figura como factor de riesgo para trastornos eventualmente mortales e incluso predispone a una mayor ineficiencia en el tiempo de trabajo.

No solo se describen alteraciones a largo plazo del trabajo nocturno sobre la salud, sino que también se observan a las pocas horas de la exposición al trabajo nocturno una serie de signos y síntomas debido principalmente a la privación del sueño y a la fatiga. Cuanto más trabajo nocturno, más alteraciones hay en la salud del trabajador y detectamos menor eficacia en el trabajo. El trabajador expuesto a estas alteraciones jornada tras jornada termina por alterar gravemente su salud.

2 Objetivos

Nuestro objetivo principal a través de este estudio es identificar y describir los efectos y consecuencias sobre el sueño, que presentan con mayor frecuencia los trabajadores de la salud que realizan su trabajo en horarios nocturnos.

3 Metodología

Para la realización de nuestro trabajo de investigación hemos realizado una búsqueda documental de artículos y estudios científicos sobre la negatividad del trabajo nocturno sobre la salud de los profesionales sanitarios, en las bases de datos de páginas especializadas como Pubmed, Medline, Cochrane, etc., y en revistas de corte científico como Science, Med Secur Trab, Nature, etc.

Nuestra búsqueda se realizó durante los meses desde septiembre 2019 a febrero 2020, y el intervalo admitido para las publicaciones ha sido desde el año 2004 hasta el año 2020.

Los descriptores o palabras claves que se han utilizado para esta búsqueda han sido: turnicidad, personal sanitario, trabajo nocturno, trastornos fisiológicos.

De una primera recolección se localizaron 16 trabajos, de los cuales se eliminaron 5 por duplicidad. Al resto de los estudios seleccionados se le aplicaron los criterios de inclusión/selección.

Los criterios de inclusión fueron ser trabajo con acceso a texto completo, en lengua castellana, que aporte datos objetivos y científicos sobre las alteraciones de salud producidas en el personal sanitario por el turno de trabajo nocturno.

Los criterios de exclusión han sido no ser trabajos sobre el personal sanitario, no aportan datos objetivos y relevantes para nuestro objetivo.

4 Resultados

El ciclo sueño-vigilia es el más evidente de los diversos ritmos de 24 horas que presenta el ser humano. El periodo cíclico interno determinado genéticamente por un oscilador nervioso endógeno, que en la persona es aproximadamente de 24, 2 horas, esta sincronizado de manera natural con el periodo de 24 horas del ciclo natural de luz y oscuridad. La falta de coordinación entre las señales emitidas por el marcapasos endógeno con el ciclo sueño-vigilia deseado es la causa principal del insomnio, de la disminución de alerta y del menor rendimiento cognitivo de los trabajadores que trabajan en el turno nocturno.

El mecanismo del sueño es regulado tanto por la regulación nerviosa del ciclo circadiano, como por una oscilación hormonal circadiana, a los cuales que se suma la acumulación de adenosina por la actividad en el tiempo que se esta despierto. El ciclo sueño-vigilia esta organizado y regulado por dos sistemas neurobiológicos principales: uno que produce activamente el sueño y, otro que programa el momento del sueño dentro del ciclo diario de 24 horas. La alteración o modificación de estos sistemas, bien sea por factores intrínsecos o extrínsecos (ambientales, fármacos o enfermedades, etc.) pueden causar trastornos del sueño o del ritmo circadiano.

El ser humano es fundamentalmente diurno, y se ha descrito una dependencia a la estimulación luminosa con el fin de mantener el ciclo circadiano.

Una de las principales alteraciones de la salud producidas en los trabajadores sanitarios con turno de noche son los trastornos del sueño. Son una de las causas de consulta más frecuentes de la práctica médica. Estos trastornos pueden contribuir a la aparición o agravamiento de trastornos físicos o psiquiátricos.

Muchos investigadores, como por ejemplo Rutenfranz, han concluido que el problema fisiológico más importante respecto a los trabajadores nocturnos es el problema de la resincronización de las funciones fisiológicas después de un cambio de las horas laborales y de sueño.

La cantidad y la calidad del sueño son trastocadas cuando las horas de sueño se cambian de la noche al día. Varios estudios indican que los trabajadores nocturnos duermen una media de 4-6 horas por día, mientras que los trabajadores diurnos duermen de media 7,5 horas por día. Si, además, contemplamos que los trabajadores del turno nocturno rotativo tienen un sistema de coordinación circadiano que no es capaz de adaptarse satisfactoriamente a esta inversión de horar-

ios, tenemos un desajuste entre el horario trabajo-descanso y el ritmo del marcapasos, lo que provoca un sueño diurno alterado en la mayoría de los trabajadores nocturnos rotativos.

La privación de sueño en estos trabajadores del turno rotativo nocturno incrementa el tiempo en el que se está despierto antes de trabajar, produce desfase circadiano, con descenso del nivel de alerta y del funcionamiento, incremento del tiempo de reacción y un mayor riesgo de errores de ejecución, lo que significa un riesgo mayor de accidentes en los trabajadores nocturnos. Rutenfranz y muchos más investigadores concluyeron que cuando se trabaja en turno de noche, se necesita más tiempo de sueño que el trabajador diurno.

Algunas investigaciones revisadas indican que los trastornos del sueño en los trabajadores tienen la siguiente prevalencia: trabajadores diurnos (15-20%), trabajadores por turnos que no trabajan turno nocturno (5%), trabajadores con turnos nocturnos (10-80%), trabajadores nocturnos permanentemente (60%), extrabajadores nocturnos durante la jornada nocturna (90%) y extrabajadores nocturnos reubicados en jornadas diurnas (20%).

Un alto porcentaje de los individuos programados para trabajar por la noche o en las primeras horas de la mañana tienen dificultades más importantes que las promedio para mantenerse despiertos durante el trabajo nocturno y dormir durante el día; a estos trabajadores se les diagnostica un trastorno crónico grave en el trabajo por turnos (Desorden del trabajo por turnos). Se valora en un 20% los profesionales que no toleran el trabajo nocturno.

Las principales consecuencias y efectos de esta alteración del sueño por horarios laborales nocturnos son la aparición de fatiga, agotamiento físico y psicológico, burnout, errores sanitarios a todos los niveles (médicos, enfermeros, etc.), mala calidad del sueño diurno no recuperador, mala atención sanitaria asistencial a los pacientes, mala calidad de vida, trastornos alimentarios (obesidad, etc.), trastornos gastrointestinales, problemas cardiovasculares, etc.

No hemos identificado trabajos que indiquen una relación entre la afectación del trabajo nocturno con la longevidad. Los estudios localizados no muestran una relación directa ni implicaciones negativas entre trabajo nocturno y mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

En el sector sanitario es de obligado cumplimiento la atención de calidad a los pacientes durante las 24 horas del día. Esto implica y obliga a las organizaciones a programar los trabajos en diferentes turnos, que puedan cubrir esta atención continua. Esta programación horaria provoca la aparición de turnos de trabajo

en la noche, a pesar de todas las complicaciones y alteraciones para la salud de los trabajadores que los realizan.

Vemos que el desajuste horario entre el marcapasos endógeno y los horarios de los turnos de noche provoca una desincronización de los ciclos vitales circadianos, como el del sueño. Este desajuste de ciclo sueño-vigilia provoca unos trastornos de salud, tanto física como mental en los profesionales que realizan los turnos nocturnos. Problemas de sueño, gastrointestinales, agotamiento psicofísico, etc., son las consecuencias directas de este desajuste horario de los ciclos.

Dentro de estas consecuencias, la más importante en cantidad y calidad son los trastornos del sueño en el individuo, que además de provocar una mala calidad de vida son directamente responsables de una importante relación de errores y fallos sanitarios.

Las consecuencias directas de estos errores son una mala atención asistencial sanitaria y un elevado coste económico. Un dato importante en estos trabajadores nocturnos es un incremento de consumo de sustancias psicoactivas y un importante incremento del absentismo.

Una normativa adecuada y adaptada a estos horarios nocturnos y sus efectos sería muy beneficiosa para el sistema sanitario en particular y para los trabajadores nocturnos en general.

6 Bibliografía

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

Capítulo 155

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU ENVEJECIMIENTO

MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA

NURIA FERNÁNDEZ PRIETO

ALICIA SANTOS

ALBA HERVAS RUIZ

JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO

1 Introducción

El estudio del envejecimiento de las personas con algún tipo de discapacidad es relativamente reciente. Las personas con discapacidad históricamente siempre han estado relegadas a un segundo plano en la sociedad, consideradas débiles por ello ciudadanos de segunda categoría. En el tratamiento dado a estas personas, se pueden observar diferencias históricas en épocas y también entre culturas, de todos modos, a lo largo de todas estas épocas de las que hablamos siempre ha existido un punto constante de marginación. En el caso concreto de las personas con discapacidad intelectual (DI), estas han sido en muchos de los momentos

históricos ocultos o ignorados, con lo cual sus necesidades no eran escuchadas provocando frustración.

Posteriormente, con el modelo asistencial las personas con DI, fueron siendo más tomadas en cuenta, pero este modelo solo se centraba en cubrir sus necesidades físicas exclusivamente. Hoy en día, estamos inmersos en el modelo de calidad de vida (CV), que supone un giro para comprender la discapacidad y dota a estas personas de dignidad y apoyos necesarios para tomar sus propias decisiones. Así se empezó a considerar a las personas en proceso de envejecimiento, como un grupo de estudio con entidad propia que demanda respuestas a sus necesidades, pasando a ser reconocido como un problema social de importante relevancia. Por ese motivo la evaluación de la CV se ha convertido en algo muy usual y muy necesario para seguir avanzando, debemos considerar a este tema como un tema de especial relevancia, ya que el proceso de envejecimiento afecta prematuramente a las personas con DI, creándose así un nuevo sector de población con nuevas necesidades.

Las personas con discapacidad intelectual que envejecen, al igual que el resto de personas en su vejez, tampoco van a presentar enfermedades concretas que sean diferentes del resto de la población anciana. La diferencia con este colectivo, será causada por sus propios trastornos o síndromes y la manera de poder manifestar el dolor, muchas veces de forma problemática. Es necesario hacer énfasis en la diferenciación entre el envejecimiento y discapacidad. Tenemos que diferenciar entre la discapacidad adquirida por la edad, como la demencia senil, alzhéimer, movilidad reducida, pérdida de visión y auditiva y el envejecimiento en personas que tienen discapacidad no adquirida por la edad como síndromes de Down, parálisis cerebral, síndrome de pradera- wali, trastorno espectro autista, etc.

El ocio en estas personas, es un punto muy importante que puede favorecer y ralentizar este proceso de envejecimiento que tanto suele afectar a las personas con discapacidad. Nuestra sociedad se caracteriza por el acceso a un ocio generalizado (vacaciones, tomar algo, ir al cine) El ocio es un derecho fundamental que favorece el desarrollo personal y social de las personas con discapacidad y nadie debe ser privado de ese derecho. Por esa razón el ocio inclusivo es un mecanismo esencial para lograr el bienestar emocional, el desarrollo de las relaciones interpersonales, proporcionar un apoyo a las familias y fomentar la integración de las personas con discapacidad por ejemplo en el ámbito laboral.

Dentro de las empresas los trabajadores con discapacidad suelen integrarse con mucha facilidad. Su capacidad de adaptación y su alto nivel de motivación les convierten rápidamente en trabajadores ejemplares, disciplinados y muy respetados

por sus compañeros. En el ámbito de la empresa, el ocio inclusivo suele ser un medio muy eficaz para favorecer aún más su integración y fortalecer los vínculos entre empresa y trabajadores.

2 Objetivos

- Analizar la calidad de vida de las personas con algún tipo de discapacidad.
- Resaltar las características del envejecimiento para tratar de impedirlo en la medida de lo posible.
- Promover el ocio inclusivo

3 Metodología

Se han revisado artículos académicos, documentos diversos dentro del ámbito de la discapacidad, revisiones bibliográficas y bibliotecas electrónicas a partir de Google, Google académico y bases de datos como Pubmed, Scopus. Este capítulo también se ha basado en experiencias laborales y personales con personas con discapacidad y haciendo un pequeño hincapié en su proceso de envejecimiento.

4 Resultados

Desde una visión sobre el envejecimiento en personas con discapacidad, sus características más importantes serán:

- Se debe saber que en las personas con discapacidad el proceso de envejecimiento es bastante prematuro, 45 años.
- Personas con síndrome de Down, parálisis cerebral o autismo, basándonos en su tasa de mortalidad, este proceso comienza sobre los 35 años.
- Las personas con discapacidad no siempre se dan cuenta del proceso de envejecimiento, muchas veces no son conscientes de que se están haciendo mayores.
- Las personas con discapacidad intelectual al envejecer suelen tener más problemas de salud. Esto en ocasiones, es por su falta de recursos para ser atendidos correctamente y a que su diagnóstico en diferentes patologías es más difícil de averiguar.

Las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento, hasta el momento, ha sido un colectivo que no se ha hecho oír lo suficiente, y esto ha causado que los servicios sociosanitarios no se hayan adecuado a sus necesidades, con lo que existen muchas carencias en la atención y la especialización de los

profesionales en este terreno. Son muchas las cuestiones que hay que mejorar en la asistencia sociosanitaria, pero una de las más importantes sería cambiar ciertas actitudes y hábitos de los profesionales.

Los cambios cognitivos más significativos en estos pacientes serían, entre otros, mayor lentitud de reacción a estímulos, aparición de dificultades de aprendizaje para adquirir nuevas habilidades, alteraciones de memoria, pequeños olvidos, disminución de la atención y de las funciones sensoriales y perceptivas, incapacidad para resolver problemas cotidianos, y disminución de lenguaje y expresión.

Desde el colectivo que trabajan con personas con discapacidad intelectual, debemos evitar que el envejecimiento prematuro que cursan, no sea confundido con el envejecimiento patológico, para ello debemos conocer las necesidades que estas personas tienen. Varios estudios realizados en las personas con discapacidad intelectual que envejecen, nos hacen llegar a ciertas conclusiones, como que este colectivo necesita más atenciones e investigaciones, ya que presentan gran riesgo de adquirir nuevas deficiencias a lo largo de la edad.

En cuanto a las actividades de mantenimiento de la salud se puede destacar, que no solo se habla de mantener una salud física, sino también nos referimos a una salud mental y social. Es importante que este tipo de actividades sean elegidas por la propia persona, y por ello adquirirá beneficios tales como fomentar la autonomía personal y ralentizar el proceso de envejecimiento.

El ocio inclusivo abarca todo lo que se refiere a actividades recreativas y lúdicas en las que cualquier persona tenga cabida, sean cuales sean sus características, por ello es necesario promover la accesibilidad universal y contar con profesionales expertos en discapacidad que puedan ayudar a las personas que envejecen. Hay que tener en cuenta que para realizar programas de ocio para este colectivo, el principal objetivo es que encajen en las actividades propuestas. Estos programas o planes, son una herramienta para los profesionales, ya que nos permiten indagar intereses, planificar recursos y apoyos a la vez que se evalúan los resultados personales. Para poner en marcha un plan de ocio personal, tendremos que utilizar un tipo de metodología centrada en las personas que será muy similar a la utilizada en la Planificación Centrada en la Persona (PCP). Si estas personas cuentan ya con PCP, ya tendrán acciones y posibles propuestas para el ámbito de ocio.

Para elaborar el plan, también es necesario disponer de lugares que inviten a las comunicaciones con tiempos específicos y sin prisas, así como materiales adaptados para ayudar a la persona a expresarse (pictograma, aplicaciones, libros explicativos etc.). En el caso de las personas con graves afectaciones, será necesario ejercer la autodeterminación de forma indirecta, es decir, mediante otros profe-

sionales y/o familia; de modo que se les ofrece un grupo social de referencia además de otros apoyos necesarios.

5 Discusión-Conclusión

Se ha avanzado mucho en lo relacionado con este tema en nuestro país, pero considero que se tiene que seguir trabajando mucho sobre él para llegar a situarlo en el lugar que le corresponde. El servicio de ocio inclusivo tiene el deber de trabajar para promover cambios en las estructuras y contextos comunitarios, para que este tipo de apoyo sea cada vez más frecuente y estable y se generen entornos inclusivos de ocio que, de forma natural, presten apoyos a todas las personas. Se debe poner un espacio de énfasis además en el colectivo de personas con discapacidad intelectual mayores, ya que en esa etapa final de sus vidas, tienden a sufrir un mayor aislamiento y verse privados de actividades de ocio específico

6 Bibliografía

1. Curso de Atención a personas con Discapacidad (Sanatorio Marítimo, Gijón)
2. Curso Discapacidad y Envejecimiento (Sanatorio Marítimo, Gijón)
3. Guía práctica para técnicos y cuidadores (SMG)

Capítulo 156

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS

MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA

NURIA FERNÁNDEZ PRIETO

ALICIA SANTOS

ALBA HERVAS RUIZ

JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO

1 Introducción

Las heridas ocupan un porcentaje elevado en las demandas de los servicios de urgencias, tanto hospitalario como extra hospitalario. Una herida es cualquier daño que causa una ruptura o una abertura en la piel. Las heridas son lesiones bastante frecuentes en el día a día de una persona.

La mayoría de ellas no son graves, aunque siempre es recomendable limpiarlas y desinfectarlas con el fin de que cicatricen bien y se regenere la superficie de la piel afectada. Casi siempre una herida se cura con el tiempo, pero a veces, por razones conocidas o desconocidas, una herida puede llegar a ser crónica o curar muy lentamente.

En una herida cuando el tejido se rompe y no puede curar de forma natural, debe de curarse manteniendo sus bordes unidos por medios mecánicos, hasta que

cicatrice lo suficiente y no necesite dichos soportes. Las heridas más frecuentes son la que se producen por caída casual o accidentes de tráfico, laboral, deportivo, arma blanca, arma de fuego y mordeduras.

Existen diferentes tipos de heridas, unas son las que necesitan una atención más urgente que otras, siempre tenemos que observar su aspecto para reconocer a qué tipo de herida nos enfrentamos y cómo actuar ante la situación

2 Objetivos

Exponer algunos de los puntos fundamentales del manejo y fisiopatología de las heridas y sus cuidados por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

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

Es fundamental para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

- Conocer los distintos tipos de herida que hay.
- Conocer y llevar a cabo la técnica conveniente de curación de una herida simple basada en los principios de asepsia para evitar la infección.
- Disponer el material necesario para realizar la curación.

Los agentes que producen las heridas pueden ser de distinto origen:

- A. Agentes físicos, como cortes, quemaduras o golpes.
- B. Agentes biológicos, como bacterias, virus y hongos.
- C. Agentes químicos, como ácidos.

Las heridas pueden ser leves, si solo desgarran la piel y el tejido graso que hay debajo. Y graves, si se lesiona la piel y otras estructuras, como músculos, tendones...

Las heridas, según el objeto o el mecanismo causante pueden ser:

- Abiertas: cuando hay una abertura en la piel.
- Cerradas: no se observa lesión, aunque hay hemorragia debajo de la piel.

- Cortante o incisa: ocasionada por objetos cortantes, como un cuchillo, vidrio.
- Punzante: es producida por objetos punzantes, como un clavo.
- Contusa: es ocasionada por el impacto de un objeto como una piedra o un martillo.
- Por desgarro: es producida por objetos con dientes, como una motosierra.
- Por raspadura: producidas por accidentes o caídas, puede ocurrir en cualquier momento en que la piel se frote contra una superficie dura.

Según la profundidad:

- Superficial: cuando solo atraviesa la piel.
- Profunda: cuando la herida atraviesa el tejido subcutáneo.
- Penetrante: cuando penetra una cavidad, como puede ser la boca, el abdomen.
- Perforante: cuando atraviesa el cuerpo.

Según riesgo de infección:

- Limpia: aquellas que no están contaminadas por bacterias.
- Contaminada: la expuesta a bacterias por un corto periodo de tiempo.
- Infectada: la expuesta a bacterias por un largo periodo de tiempo.

Según la cicatrización:

- Aguda: aquella que el organismo es capaz de cerrar o sanar sin infección en un periodo que suele oscilar entre siete y catorce días.
- Crónica: la herida suele ser más profunda y suele estar inflamada, el proceso de reparación y cicatrización se alarga en el tiempo.

Cómo actuar ante una herida simple: lo primero que debemos realizar es el lavado de manos antes de manipular al paciente para prevenir cualquier tipo de infección y realizar los siguientes procedimientos:

1. Preparar el material necesario: bandeja para colocar el material, equipo de curación, guantes estériles, suero fisiológico, apósitos, gasas, apósitos hidrocoloides.
2. Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar.
3. Colocarse guantes estériles.
4. Proceder a lavar con agua limpia y jabón líquido la herida. Debe limpiarse con movimientos suaves utilizando agua limpia, iniciando desde la parte externa hacia la parte interna (más cercana a la herida) con movimientos circulares.
5. Aplicar una solución o ungüento antibacteriano. La aplicación se puede realizar con una gasa empapada con líquido antiséptico.
6. Cubrir la herida con una gasa o bandita estéril.
7. Desechar todo el material que se emplee para evitar introducir microorganismos en alguna zona de la herida.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de cicatrización de una herida sigue habitualmente una secuencia previsible, pero en algunos casos se prolonga en el tiempo o no llega a conseguirse nunca.

Siempre se ha buscado la mejor manera de manejar las heridas, con el único objetivo de formar tejido viable para el cierre adecuado de estas y con la complejidad que caracteriza el proceso de curación de heridas es claro que no solo un agente o modalidad de tratamiento puede servir para todas las heridas, por lo que cada herida debe ser evaluada para optimizar su curación.

En la actualidad contamos con una amplia variedad de herramientas dentro de las cuales tenemos apósitos, donde su elección es esencial de acuerdo a las características de cada herida, que además de proteger y mantener la temperatura de la herida, pueden desbridar y/o curar infecciones.

6 Bibliografía

1. <http://www.pacientesycuidadores.com/las-heridas/que-es-una-herida/>.
2. <https://www.ilerna.es/blog/aprende-con-ilerna-online/sanidad/heridas-tiposcuras/>.
3. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/heridas.pdf>.
4. <https://slideplayer.es/slide/11783143/>.
5. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-las-heridas-sutratamiento-13018317>.
6. <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/resultados-y-conclusiones-delestudio-sobre-la-prevalencia-de-ulceras-por-presion-en-espana-DDIMPORT036016/>.

Capítulo 157

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA

NURIA FERNÁNDEZ PRIETO

ALICIA SANTOS

ALBA HERVAS RUIZ

JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en medicina intensiva tienen que proporcionar unos cuidados más especializados que en otra planta de Medicina interna, tienen que estar preparados para situaciones cambiantes, tomar decisiones rápidas y conocer el funcionamiento para el uso de aparatos sofisticados para actuar con rapidez y eficacia al momento requerido. Para ello todos los miembros que componen un equipo multidisciplinar de la unidad de cuidados intensivos (UCI) precisan de formación específica y continua para poder responder a la alta complejidad de patologías existentes en los pacientes que se encuentran ingresados en la misma.

Se conoce como equipo multidisciplinar de cuidados intensivos al conjunto de personas con diferentes formaciones académicas y experiencia profesionales que

buscan un motivo en común, para proporcionar una asistencia médica intensiva, continua e integral.

Las unidades de cuidados intensivos, medicina intensiva o de vigilancia intensiva, son los lugares fundamentales en donde se realizan la labor asistencial de la especialidad, se trata de servicios centrales de carácter polivalente que funcionan en íntima conexión con los demás servicios hospitalarios y del área de salud atendiendo tanto a pacientes médicos como quirúrgicos en su situación de paciente crítico a potencialmente recuperable, por el cual requerirán de una atención especializada para cada uno de los pacientes y hacerles la estancia lo más llevadera posible.

2 Objetivos

Abordar y exponer las principales funciones y desarrollo de la actividad por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

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

Es necesario poseer los conocimientos de la unidad de vigilancia intensiva (UVI) para su correcto desarrollo laboral y trabajo en equipo con todos los profesionales de la unidad. Amplia variedad de entornos de cuidados intensivos, tanto para niños como adultos.

Suministrar cuidados de enfermería continua y óptima a pacientes en situación potencialmente mortales, permaneciendo alertas a sus necesidades fisiológicas, psicológicas y social del paciente integral.

El TCAE debe conocer las normas existentes en la UCI, como el horario de visitas, vestimenta a llevar los familiares para visitar al paciente, normas de aislamiento

y protocolo de la unidad. La evolución profesional del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ha pasado por diferentes etapas en las UCI. Actualmente el

TCAE forma parte del equipo multidisciplinar.

En esta unidad son numerosas las funciones que realiza el TCAE, a continuación, enumeramos algunas de ellas:

- Comprobar con la enfermera las pautas de medicación y los cuidados de los pacientes.
- Realizar el aseo de los pacientes dando prioridad a los pacientes que vayan a quirófano, suministrar las comidas no sin antes administrarles la medicación pautada.
- Revisar y comprobar las barreras de protección del paciente.
- Revisar y comprobar la correcta identificación del paciente.
- Revisar de forma periódica las indicaciones de medidas de aislamiento.
- Ayudar en la realización de curas de vías, traqueotomías heridas quirúrgicas UPP, cambios de cintas de tubo endotraqueal.
- Realizar los cambios posturales siempre con la ayuda del celador.
- Colaborar con la realización de técnicas especiales y pruebas específicas. Recepción y envío de materiales de esterilización.
- Realizar la tolerancia de pacientes con nutrición enteral.
- Reponer los materiales en los boxes y en los carros de medicación, material y lencería.
- Hacer los pedidos al almacén general y farmacia, verificando la fecha de caducidad de los medicamentos. Reponer los carros de curas, sueros y nutriciones, medicación, jeringas, equipos y materiales del control limpio.
- Realizar el control de los drenajes y las diuresis.

Una vez quede libre el box, realizar la correspondiente limpieza de los sets y materiales de enfermería y retirar el material fungible de cajones u baldas, para proceder a su limpieza y posterior montaje en la que prepararemos el siguiente material que nombraremos a continuación:

- Guantes estériles para aspirar secreciones.
- Kit de receptáculo para aspiración de secreciones.
- Mascarilla facial para ventilación.
- Bolsa de insuflación con filtro adulto o neonatal según pese el paciente.
- Empapadores, pañales.
- Guantes no estériles de un solo uso.
- Sondas de aspiración de los números 6, 8, 10, 12, 14 están serán utilizadas según la edad del paciente.

- Agua para la limpieza del circuito de aspiración.
- Estuche del material de intubación y spray lubricante.
- Fonendoscopio.
- Respirador con tabuladores estas serán según peso del paciente, verificando con el test el funcionamiento correcto de la misma.
- Material para la monitorización de los electrodos, sensor medidor de SpO2 y sus manguitos para la medición de la tensión arterial no invasiva.
- Soluciones antisépticas, antiséptico con base de etanol líquido y en gel, alcohol de 70%.
- Preparación de la batea para la analítica en la que colocaremos, gasas, jeringa de gases, agujas, suero fisiológico, monodosis, clorhexidina alcohólica y acuosa, jeringa de 2 ml, bolsas de analítica y tubos de hemograma, bioquímica y coagulación.

5 Discusión-Conclusión

Los primeros días de un TCAE en UVI son de aprendizaje para poder integrarse al equipo. Los TCAE son fundamental en el equipo de la UVI, deben conocer técnicas especializadas de la unidad como también conocer los medicamentos con el que se trabaja en dicha unidad. Estos deben de estar en continua actualización de nuevas técnicas y procedimientos para una mejor evolución del paciente.

Fundamental el trabajo en equipo para hacerle más estable la estancia al paciente en la UVI e intentar aliviar sus dolencias físicas o psíquicas para esta labor se requiere: formación, empatía, consideración, amabilidad, respeto, cooperación, paciencia y discreción. Los auxiliares de enfermería deben ser prácticos y ordenados siguiendo un método de trabajo que le permita un mayor rendimiento.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-uvi-uci/>
2. <https://essaeformacion.com/blog/posts-enfermeria/funciones-auxiliar-deenfermeria-uci>
3. https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_hospitalaria/pnt_aux_enf_uci_v3.pdf

Capítulo 158

LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES Y USUARIOS DE LOS CENTROS SANITARIOS

JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ AMORES

1 Introducción

La comunicación es la forma en qué las personas intercambiamos mensajes con otras personas. Dependiendo de la manera de expresarnos podemos clasificar la comunicación en verbal o no verbal. En el ámbito sanitario es de suma importancia el uso de ambas comunicaciones y todo el personal sanitario lo utiliza diariamente.

El personal sanitario, dentro del cual el T.C.A.E. (Técnico en cuidados auxiliares de enfermería), forma parte importante, ya que en la mayoría de los casos, es el que interactúa de manera más directa con el paciente y las familias o cuidadores del mismo, debe recibir la formación necesaria para poder comunicarse de una manera eficaz con el enfermo y las personas que lo atienden tras salir del centro sanitario.

En todos los ámbitos la comunicación es esencial, pero en el ámbito sanitario aún más si cabe. Gracias a ésta conocemos el estado de salud tanto física como mental de las personas.

Por lo tanto, la comunicación ya sea verbal como no es clave para la recuperación de la salud. Comunicarnos con los pacientes ya sea a través de palabras o signos es necesario ante cualquier actuación sanitaria.

Cuando un paciente acude a un centro sanitario necesita de toda ayuda. En la mayoría de las ocasiones los pacientes, ya sea debido a la avanzada edad u otras patologías su-fren dificultades que impiden una comunicación óptima.

En estos casos necesitamos hacer uso de una comunicación cordial y de fácil comprensión. En pacientes a los que se le añade un déficit sensorial en el caso de problemas auditivos la comunicación no verbal es la más usada a través de signos y gesticulando para una mejor comprensión.

2 Objetivos

-Establecer la importancia de una correcta comunicación con el paciente y las personas que llevan a cabo sus cuidados fuera del ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para el presente trabajo se ha realizado la búsqueda sistemática de diversos artículos especializados en salud a través de bases de datos como Scielo, además de la consulta en publicaciones específicas en editoriales como Alianza, conseguimos recabar toda la información necesaria para realizar nuestro trabajo.

4 Resultados

A través de la comunicación nos relacionamos las personas y así evitamos encontrarnos aislados del entorno social que nos rodea. La comunicación a nivel global es importante, pero en el ámbito sanitario esta cobra mayor importancia, ya que comprender y ayudar a los pacientes y usuarios de la salud es una de las funciones de todo profesional sanitario. Toda persona que acude a un centro sanitario necesita de la comunicación para llegar al destino correcto, ya sea para una consulta con especialista, a la hora de un ingreso o para comprender en qué estado se encuentra su salud. Cuando nos encontramos ante un paciente sin ninguna dificultad de comprensión nuestra comunicación debe de ser verbal, pero ante todo comunicarnos de forma comprensiva y sencilla. Esta comunicación se complica notablemente cuando el paciente se encuentra con una discapacidad tanto sensorial como psíquica. En este caso, utilizaremos además la comunicación no verbal. El uso de gestos y sonidos es esencial. Actualmente también disponemos de comunicación a través de medios tecnológicos como conexiones telefónicas y videollamadas.

Los profesionales de la salud deben recibir los cursos necesarios para perfeccionar la comunicación con el paciente, atendiendo a sus necesidades, en lo que a esta se refiere, de la misma manera deben actuar con los cuidadores del enfermo,

ya que estos son los encargados del mismo una vez el paciente abandona las instalaciones sanitarias. El personal sanitario y en general, todo aquel que dentro del ámbito hospitalario este en contacto con los enfermos, debe ser consciente de que tanto pacientes como las personas encargadas de estos, han entendido de manera correcta las instrucciones que les han facilitado , en cuanto a tratamientos, posteriores citas, etc. con el fin de que el paciente lleve a buen termino todo lo anteriormente citado.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios deben de potenciar el aprendizaje de toda comunicación, tanto verbal como no verbal, para llevar a cabo una comprensión óptima en todo lo referente a la salud de los pacientes. Tanto el personal no sanitario en funciones como asignación de citas o el traslado a estas, como el sanitario en hacerles comprender el estado de salud en todo momento, requieren del conocimiento de la mejor forma de comunicación con los pacientes y usuarios. El fin último de la comunicación es la perfecta comprensión para una óptima atención sanitaria, por lo que todo el personal de los centros sanitarios debe estar al corriente de todas las tecnologías para llevarla a cabo.

6 Bibliografía

- www.astursalud.com.
- www.topcomunicacion.com.
- www.aecs.es.

Capítulo 159

REALIZACIÓN DE PARTO A TÉRMINO EXPUESTO POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LIA ZELFA ALTEZ OBISPO

DORA ELCY NARANJO CHICA

MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ

MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ

ANGELICA CABALLERO GOMÈZ

1 Introducción

La gestación en un embarazo con un solo feto tiene una duración con una media de 40 semanas, unos 280 días, contando a partir del primer día que se produce el último período menstrual en la fecha que se estima el parto. , en período de 3 semanas antes y hasta 2 semanas después de la fecha en la que se estima el parto se considera la término, con una expectativa en los resultados neonatos de partos en estos intervalos fuque son uniformes y buenos.

Las investigaciones han identificado los resultados de neonatos, sobre todos los de la morbilidad respiratoria, variando depende del momento del parto, e incluso dentro del rango de la edad gestacional de 4 semanas. La frecuencia de resultados

neonatales que son adversos paren entre las 39 semanas de gestación y 40 semanas de gestación. Por esto, los estudios para mejorar la calidad se centran, en la eliminación de la inducción de los partos sin indicaciones médicas en embarazos con menos de 39 semanas.

Hace años el parto a término era considerado a las 38 semanas, se han subido los parámetros una semana más desde el año 2015 obteniendo desde esta fecha mejores resultados en la supervivencia de los neonatos.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar el procedimiento de un parto a término mediante la exposición de un parto a término.

3 Caso clínico

Lucía es una mujer de 29 años, embarazada de 39 semanas de 4 días, acude a monitores a su primera revisión, se la acomoda y se la coloca el cinturón para escuchar el latido del bebé y las contracciones uterinas, encontrando que son regulares cada diez minutos sin intensidad.

El ginecólogo decide hacerla una exploración y encuentra que el cuello del útero lo tiene borrado y el trabajo del parto está a punto de comenzar, lo que le explica a Lucía que decide su ingreso por que su bebé está a punto de nacer.

La paciente se acomoda en la habitación de maternidad asignada, se cambia de ropa y es conducida a la sala de paritorio para la realización de una ecografía, en esta se observa que el bebé de Lucía está en posición de canal de parto vertical y el proceso sigue su curso con normalidad, se sigue con normalidad y de forma natural el proceso de dilatación, a los seis centímetros a Lucía se le pone la epidural y se convierte la cama en el potro para empezar el trabajo de parto de expulsión, la matrona ayuda a Lucía a tranquilizar los nervios explicándole cual es el momento en el que tiene que empujar y cual es el que tiene que relajarse para distender los músculos y no producir lesiones innecesarias.

El parto es efectuado con total normalidad y el resultado es un varón de 3500 que después de la revisión por el pediatra es conducido con la madre para realizar el piel con piel.

A la madre se le ha realizado una episiotomía de 2 puntos, se recuperan hasta el alta hospitalaria durante dos días en el hospital en la planta de maternidad.

4 Discusión-Conclusión

Intentar conseguir un parto a término siempre que sea posible es la primera opción de un embarazo para la salud del neonato y de la madre.

Los pulmones del bebé es lo último que madura por encontrarse este en un medio acuático y no necesitar respirar por hacerlo a través de la madre. La supervivencia y la existencia de comorbilidades con enfermedades respiratorias u otras enfermedades que son detectadas a lo largo del desarrollo son relacionadas con la llegada del embarazo al menos a las 35 semanas de gestación, considerándose antes de esta fecha un bebé prematuro y las condiciones de esa fecha y anteriores ya se consideran peligrosas.

5 Bibliografía

-Copyright November 2021 by the American College of Obstetricians and Gynecologists, 409 12th Street, SW, PO Box 96920, Washington, DC 20090-6920. All rights reserved.

Capítulo 160

EFFECTOS DE LOS ANTIBIÓTICOS EN NIÑOS

MARIA BUSTELO LOBO

1 Introducción

Antibiótico, con etimología etimológica (del griego ἀντι anti, "contra" o "con propiedades opuestas"; y del latín tardío biotĭcus "vida ordinaria", y esta palabra del griego βιωτικός biotikós, "ser vivo" o "de la vida"), es una sustancia química producida por un organismo o un derivado sintético que mata o inhibe el crecimiento de varias clases de microorganismos susceptibles. En conjunto, estos son los medicamentos utilizados en el tratamiento de infecciones bacterianas, de ahí el nombre "antibacteriano". Los antibióticos se utilizan en medicina humana y animal y en horticultura para tratar infecciones causadas por bacterias. Los antibióticos suelen ser selectivamente tóxicos, mucho más altos para los organismos invasores que para los animales o los humanos que se alimentan de ellos, a pesar de las interacciones farmacológicas adversas ocasionales, como afectar a los microorganismos normales de la organización. Por lo general, los antibióticos ayudan al individuo a defenderse hasta que las reacciones locales son suficientes para controlar la infección. Un antibiótico es un antibacteriano si detiene el crecimiento de gérmenes y un bactericida si los mata. Puede producir ambos efectos dependiendo de la situación.

Histórica o estrictamente, un antibiótico es una sustancia secretada por microorganismos que tiene la capacidad de afectar a otros microorganismos. El término antibiótico fue utilizado por primera vez por Salman Waxman en 1942 para describir una serie de "efectos antibióticos", es decir, formulaciones antimicrobianas derivadas de microorganismos. otra criatura viviente.

2 Objetivos

El objetivo principal de este proyecto de investigación es conocer algunas causas que puedan producir los antibióticos en los niños.

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

Por lo tanto, esta definición excluye las sustancias naturales, como los jugos gástricos y el peróxido de hidrógeno, que pueden matar los microorganismos y no ser producidos por otros microorganismos. Actualmente, la definición de antibióticos se utiliza para incluir agentes antibacterianos sintéticos o agentes quimioterapéuticos como quinolonas, sulfonamidas y otros agentes antibacterianos derivados de productos naturales y aquellos con propiedades antibióticas detectadas experimentalmente.

El objetivo del tratamiento con antibióticos es matar el organismo que causa la enfermedad. Para ello, es necesario seguir una pauta posológica que permita alcanzar una concentración del fármaco por encima de la concentración mínima capaz de inhibir los microorganismos durante un tiempo suficiente en el lugar de la infección. La autoadministración de antibióticos es un grave problema de salud pública, ya que la mala elección de los antibióticos y, sobre todo, la mala dosis, puede dar lugar a la formación de poblaciones de bacterias resistentes a los mencionados antibióticos. Por otro lado, los antibióticos y antibacterianos no tienen absolutamente ningún efecto sobre las enfermedades causadas por virus, por lo que se debe evitar su uso en estos casos.

El primer antibiótico descubierto fue la penicilina, en 1897 por Ernest Duchesne, en Francia, quien estudiaba hongos del género *Penicillium*, aunque su trabajo no llamó la atención de la comunidad científica. La investigación sobre la terapia antibiótica moderna comenzó en Alemania con el desarrollo del antibiótico de acción corta Salvarsan por Paul Ehrlich en 1909.⁴ Este descubrimiento permitió

el tratamiento efectivo de la sífilis, un problema de salud pública popular en Alemania. Eficaz contra infecciones de otras espiroquetas, que hoy en día ya no se utilizan. Luego, el médico inglés Alexander Fleming (1881-1955) plantó una bacteria (*Staphylococcus aureus*) en placas de agar, que accidentalmente infectó al hongo. Entonces notó que el sustrato que rodeaba el moho estaba libre de bacterias y, para su sorpresa, se dispuso a averiguar por qué. Fleming había estudiado previamente las propiedades antibacterianas de la lisozima y, por lo tanto, pudo explicar exactamente lo que vio: que el hongo secreta algo que inhibe el crecimiento bacteriano. Aunque no pudo purificar la sustancia resultante (el anillo principal de la molécula era inestable en comparación con los métodos de purificación que utilizó), este descubrimiento se informó en la literatura científica. Dado que este hongo pertenece al género *Penicillium* (concretamente *P. notatum*), el producto se denominó penicilina.

5 Discusión-Conclusión

Los antibióticos son medicamentos que deben usarse con altos estándares clínicos para lograr el efecto deseado y evitar complicaciones derivadas del uso del mismo medicamento.

Los antibióticos son medicamentos que combaten las infecciones bacterianas en humanos y animales matando las bacterias o dificultando su crecimiento y reproducción.

Los antibióticos deben utilizarse siempre contra cualquier enfermedad infecciosa bajo prescripción médica, debiendo acompañarse el pedido y distribución del medicamento en las farmacias con la prescripción correspondiente. Su médico le indicará cómo tomar el medicamento (dosis, régimen, duración del tratamiento). Su uso debe de hacerse bajo prescripción médica y debe de ingerirse siguiendo las indicaciones del doctor.

6 Bibliografía

Biotikos, Henry George Liddell, Robert Scott, "A Greek-English Lexicon", at Perseus.

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. «anti-». Diccionario de la lengua española (23.^a edición). Consultado el 20 de noviembre de 2018.

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. «biótico». Diccionario de la lengua española (23.^a edición). Consultado el 20 de noviembre de 2018.

«Antibiótico». Enciclopedia Microsoft® Encarta® Online. 2008. Archivado desde el original el 5 de diciembre de 2008. Consultado el 2 de septiembre de 2008.

Townsend, 2005, p. 277.

Capítulo 161

REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA EXPUESTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LIA ZELFA ALTEZ OBISPO

DORA ELCY NARANJO CHICA

MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ

MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ

ANGELICA CABALLERO GOMÈZ

1 Introducción

La colonoscopia es una prueba de carácter diagnóstico que nos permite no solo hacer un diagnóstico sino poder tratar los problemas que pueden ocurrir en el nivel del intestino grueso, del recto y en todo el colon.

Todo esto se realiza con la ayuda de un colonoscopio, esto es un aparato que nos permite poder ver las posibles enfermedades que hay en el interior del intestino grueso, este aparato llamado colonoscopio se compone de una sonda con un tubo largo que es flexible de un centímetro de diámetro aproximadamente, está dotado de una fuente de luz con una cámara pequeña en la punta del extremo superior.

La cámara de video permite visualizar y grabar la imagen del interior del intestino grueso con la ayuda de un monitor exterior en el que se puede visualizar la imagen.

El colonoscopio se debe introducir en el orificio por el del paciente que tiene que estar lubricado y avanzar de forma lenta por todo el interior del intestino grueso al completo, se puede permitir visualizar si existen anomalías varias en él, estos pueden ser tejidos que están inflamados, infectados o ulceraciones, pólipos, estos pueden extirparse mediante la colonoscopia, diverticulitis, hemorroides internas, o varios tipos cáncer colorrectal.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es describir que se puede conocer a través de una colonoscopia mediante un caso clínico expuesto.

3 Caso clínico

Santiago, es un varón de 55 años, es derivado cada dos años desde su centro de atención primaria para la realización de una colonoscopia de control en su hospital de referencia por antecedentes personales, una de las razones para una endoscopia de control.

Santiago acude en día señalado en ayunas tras la preparación durante una semana de dieta y en los dos días anteriores a la realización de la colonoscopia se ha preparado con sobres de citroflex disueltos en 2 litros de agua para limpiar el intestino y que esté en buenas condiciones para su visualización y exploración a través de la cámara.

Santiago al llegar a la sala de endoscopias, se le coge una vía y se viste adecuadamente para que en quirófano sea cómoda la exploración, con ayuda del celador y del TCAE es colocado en posición, se seda con propofol y se procede a la exploración por parte del especialista y ayuda del equipo de enfermería, se encuentra un par de pólipos que con ayuda de unas pinzas extractoras y por medio del endoscopio se extraen con unas pinzas y un polípero los pólipos que se llevan a anatomía patológica para analizar y recibe el resultado en la consulta.

Tras la exploración espera en la sala contigua hasta que se le pase el efecto de la anestesia y se le remite a recibir los resultados a la consulta que se le cita en 15 días con el resultado negativo de los pólipos analizados y se le emplaza a que vuelva en dos años a que se realice otra colonoscopia de control con las mismas

condiciones basada ya en dos condiciones, antecedentes personales y pólipos encontrados en colonoscopia anterior.

4 Discusión-Conclusión

Las endoscopias se dividen en dos secciones, gastroscopias y colonoscopias, exploran diferentes partes del aparato digestivo, mediante estas actividades queda al descubierto la gran mayoría del intestino delgado, para explorar esta parte se hace necesario acudir a pruebas de imagen como las resonancias magnéticas, TAC o isótopos, pero es necesario basarse en pruebas de imagen para la detección de las glándulas adyacentes y el duodeno puesto que la exploración visual de la parte alta del aparato digestivo y la parte baja está cubierta con las dos técnicas que cubren las distintas endoscopias, estas se realizan por especialistas y el equipo de enfermería en quirófano.

5 Bibliografía

- Viñesa, J. J., Ardanaz, E., Arrazola, A., & Gaminde, I. (2020). Epidemiología clínica del cáncer colorrectal: la detección precoz. *Cirugía Española*, 73(1), 2-8.
- L. Altamirano Castañeda, O.V. Hernández Mondragón, G. Blanco Velasco, et al. Comparación de 2 tipos de preparación intestinal para la realización de colonoscopia en un hospital de tercer nivel. *Endoscopia*, 27 (2021), pp. 168-174

Capítulo 162

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE: FUNCIONES Y TIPOS DE NUTRIENTES

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA

JUAN DIEGO MOYA CANO

ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO

JUDIT LÓPEZ COLLADO

LORENA LÓPEZ ABRIL

1 Introducción

Por un lado, la alimentación es el conjunto de actividades y procesos a través de los que se ingieren alimentos del exterior. Es un acto voluntario.

Por otro, la nutrición es el conjunto de procesos mediante los que el ser humano utiliza, transforma e incorpora a las células los nutrientes derivados de la alimentación.

La nutrición, por tanto, permite adquirir la energía necesaria para poder mantener la vida, crecer y recuperar lo que se pierde durante el día. Es un proceso involuntario y complejo que requiere la digestión, la absorción y el metabolismo de los alimentos.

Asimismo, se denominan nutrientes las sustancias básicas (glúcidos, lípidos, proteínas, vitaminas, agua y sales minerales) presentes en los alimentos y necesarias para desarrollar y mantener las funciones vitales del organismo.

La alimentación y la nutrición son conceptos relacionados, pero no deben confundirse. Una persona puede estar perfectamente alimentada porque ha consumido los suficientes alimentos para estar saciada, pero no nutrida, porque los alimentos que ha consumido no incluían los nutrientes necesarios que las células necesitan para funcionar correctamente.

Los alimentos vacíos son alimentos sin nutrientes; aquellos que, por su composición, solo suministran energía o calorías.

Es el caso de los refrescos, las bebidas alcohólicas (excepto el vino, la cerveza o la sidra, que sí aportan algunas vitaminas), las golosinas, los snacks, etcétera.

2 Objetivos

Conocer, como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería, algunas cuestiones básicas relacionadas con la alimentación del paciente, conociendo las funciones y los tipos de nutrientes de los alimentos.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los nutrientes tienen distintas funciones, como aportar la energía necesaria para reparar y hacer funcionar las células. En el siguiente apartado, se mostrará su clasificación general y se diferenciará entre los distintos tipos que existen.

- **Funciones de los nutrientes:**

- **Estructurales:** proporcionan componentes para la construcción, reposición y mantenimiento de las células, tejidos y órganos (como, por ejemplo, para reponer

las células que han sido destruidas en una herida). Son proteínas, lípidos y algunas sales minerales.

- **Energéticas:** aportan la energía necesaria para la reparación y el funcionamiento de las células. Un ejemplo es la energía que requieren las células musculares para llevar a cabo la contracción de los músculos y poder moverlos. Se trata de los glúcidos, los lípidos y las proteínas.

El gasto energético es la energía que necesita el cuerpo humano para realizar actividades diarias. Tiene dos componentes:

- La energía que se gasta para las funciones básicas, como la respiración, el movimiento del corazón, etcétera.
- La energía que se gasta en la actividad física diaria, como andar, hacer deporte, etcétera.

El metabolismo basal es la mínima cantidad de energía que necesita una persona para subsistir. Depende de la edad, la masa corporal, el sexo, etcétera.

- **Reguladoras:** son sustancias que controlan las reacciones metabólicas vitales. Son las vitaminas y las proteínas minerales.

- **Tipos de nutrientes:**

- **Nutrientes inorgánicos**

- **Agua:** es el componente que más abunda en el cuerpo humano, pues representa el 70% del peso corporal. Se pierde al respirar, en el sudor, la orina y las heces, por lo que es necesario consumirla diariamente.

Además, desempeña distintas funciones en el cuerpo: regula su temperatura, transporta sustancias, elimina residuos, y es el medio donde se realizan las reacciones químicas en el interior celular.

- **Sales minerales:** son iones inorgánicos indispensables para la realización de actividades vitales. Su carencia provoca enfermedades.

Desempeñan una función reguladora en las reacciones metabólicas del organismo, pues participan en la contracción muscular (Ca) o en la transmisión del impulso nervioso (K y Na). Otras tienen función estructural, al formar parte de la estructura de los huesos (Ca y P).

- **Nutrientes orgánicos:**

- **Glúcidos:** también llamados carbohidratos o hidratos de carbono. Están formados por C, H y O. Son moléculas energéticas, las más presentes en los alimentos de origen vegetal, y se clasifican en:

- **Monosacáridos:** azúcares sencillos (glucosa, la fructosa y la galactosa) y

- **Disacáridos** (sacarosa, lactosa) y • **Polisacáridos:** (unión de más de 10 monosacáridos que forman cadenas largas: Almidón y las legumbres).

- **Glucógeno:** se encuentra en la carne y en los hongos.

- Celulosa: no es digerible. Es la fibra alimentaria y se encuentra en vegetales.
 - Lípidos: formados por C, H, O y, en ciertos casos, P, N y S. Dentro de los lípidos se pueden encontrar:
 - Ácidos grasos: se encuentren en alimentos de origen animal y vegetal. Pueden tener enlaces simples, como los ácidos grasos saturados (ácido palmítico), o dobles, como los ácidos grasos insaturados (ácido oleico, ácido linoleico o ácido graso omega 3).
 - Grasas: compuestas de glicerol y ácidos grasos.
- Los lípidos desempeñan las siguientes funciones:
- Función energética: ácidos grasos saturados e insaturados. Son las grasas saturadas e insaturadas.
 - Función estructural: forman parte de la membrana celular. Son los fosfolípidos, los ácidos grasos y el colesterol.

5 Discusión-Conclusión

Hemos realizado esta revisión motivados por la importancia que tiene la alimentación en la salud y recuperación de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios.

Es un pilar fundamental y nosotros como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería somos los encargados de vigilar y ayudar al paciente en este proceso, comprobando que sigue la dieta prescrita por el facultativo y que esta no provoca ninguna indisposición o riesgo para el paciente.

Hemos revisado las funciones que tienen los distintos nutrientes de los alimentos, y qué tipos de estos existen, para así comprender mejor las configuraciones de cada tipo de dieta en base a ellos.

6 Bibliografía

1- <https://www.atlantida.net>

› funcione...

Funciones de los principales nutrientes en el organismo - Atlàntida

2- <https://aprende.com>

› ... › Nutrición

Tipos de nutrientes: por qué y cuáles necesitas | Aprende Institute

3- <https://www.centralecheraasturiana.es>

› ...

Nutrientes: qué son, tipos y funciones | Central Lechera Asturiana

4- <https://biologia-geologia.com>

› 22_1...

2.2. Los nutrientes - Biologia-Geologia.com

5- <https://medicoplus.com>

› nutricion

Los 12 tipos de nutrientes (características y funciones en el cuerpo) - MédicoPlus

Capítulo 163

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS PRINCIPALES TRASTORNOS SANGUÍNEOS

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA

JUAN DIEGO MOYA CANO

ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO

JUDIT LÓPEZ COLLADO

LORENA LÓPEZ ABRIL

1 Introducción

La hemostasia es el conjunto de mecanismos que permite que se formen coágulos para detener la hemorragia, reparar el daño y disolver el coágulo.

Cuando un vaso sanguíneo se ve dañado, la reacción se produce a dos niveles: la hemostasia primaria, con la formación del tapón plaquetario, y la hemostasia secundaria, donde se produce un coágulo a partir de una cascada de coagulación. Después de ellas, tiene lugar su eliminación.

Para que el tampón plaquetario que se ha formado se mantenga, es necesaria la presencia de la fibrina, una proteína insoluble que tiene la capacidad de for-

mar redes para mantener la hemostasia en el tiempo. Se produce a partir de una cascada de coagulación, donde actúan diversos factores de coagulación.

El proceso de coagulación se ve perjudicado por la heparina, producida por las células cebadas del hígado, que actúa inhibiendo el paso de protrombina a trombina.

Asimismo, la sangre que se vierte del organismo también se coagula con el paso del tiempo, pues la heparina pierde actividad. Se crea entonces una masa sólida de color rojo oscuro que se denomina coágulo, formada por una malla de fibrina.

Con el tiempo, esta se contrae y un líquido amarillento empieza a sobrenadar el coágulo. Este líquido carece de células sanguíneas, pues estas han sido retenidas por la malla de fibrina, y recibe el nombre de suero, que se diferencia del plasma sanguíneo en el hecho de carecer de la proteína fibrinógeno, ya que se transforma en fibrina.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con los principales trastornos que se producen en la sangre, 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

- Principales trastornos sanguíneos:
- Septicemia: presencia en sangre de gérmenes patógenos procedentes de un foco de infección localizado en cualquier parte del organismo. Puede originar el

shock séptico, con una caída de presión arterial capaz de producir la muerte por paro cardíaco.

- **Anemia:** reducción por debajo de los valores normales del número de glóbulos rojos, de la cantidad de hemoglobina o de ambas cosas a la vez. Puede producirse por una pérdida de- masiado rápida de hematíes o por una producción demasiado lenta. Se distinguen grandes grupos de anemias:

- **Anemias poshemorrágicas:** producidas por pérdidas de sangre en hemorragias.
- **Anemias carenciales:** debidas a la falta de elementos necesarios para la formación de glóbulos rojos o su maduración (vitaminas del grupo B, hierro, etcétera).
- **Anemias hemolíticas:** producidas cuando los glóbulos rojos son destruidos de forma excesivamente rápida. En este grupo se encuentra la anemia falciforme, en la que los eritrocitos contienen una hemoglobina anormal (hb S) que en bajas concentraciones de

O₂ precipita formando cristales que confieren a la célula un aspecto de media luna y lesionan la membrana celular. En este grupo se encuentra también la talasemia, que se caracteriza por la gran fragilidad en las membranas de los eritrocitos.

- **Trombosis:** cuando en un vaso roto, para evitar la hemorragia, se forma un coágulo intravenoso o trombo que obstruye el paso de la sangre.

- **Hemofilia:** se produce cuando no existe alguno de los factores de coagulación de la sangre, lo que provoca deficiencias en el sistema de coagulación. Es una enfermedad genética, re- gida por un gen situado en la porción no homóloga del cromosoma X.

- **Púrpuras trombocitopénicas:** enfermedad producida por una alteración de las plaquetas, la cual se manifiesta por la aparición de manchas rojas en la piel debido a pequeñas hemorragias espontáneas en los capilares.

- **Leucemia:** proliferación tumoral de células de la serie blanca, con la consiguiente forma- ción excesiva de leucocitos. Aparecen también en la sangre células anormales denomina- das blastos, las cuales proceden de la médula ósea e impi- den su correcto funcionamiento.

Se distinguen varios tipos de leucemia:

- **Leucemia mieloide:** caracterizada por la presencia de mieloblastos en la médula ósea.

Es conocida también como cáncer de médula ósea. Provoca un déficit de célu- las defen- sivas que hace al paciente muy susceptible a todo tipo de infecciones. Puede ser de dos tipos:

- **Leucemia mieloide aguda:** provoca la muerte al cabo de dos o tres meses. Es propia de niños y jóvenes del sexo masculino. En el análisis se observa anemia y

un descenso del número de plaquetas.

- Leucemia mieloide crónica: afecta, esencialmente, a personas entre los 40 y 50 años. Hay leucocitosis y el número de plaquetas aumenta.

- Leucemia linfóide: es conocida por el nombre de linfoma y consiste en el crecimiento progresivo e indoloro de los ganglios linfáticos debido a células tumorales de malignidad variable.

- Eritroblastosis fetal: se produce cuando una mujer Rh- queda embarazada de un hombre

Rh+ y el hijo es Rh+. Si, por cualquier causa, pasa sangre del feto a la madre, esta reconoce como extraño el factor Rh, presente en los eritrocitos del hijo, y sintetiza grandes cantidades de anticuerpos anti-Rh. Esto generará problemas en un posible segundo embarazo en el que el hijo también sea Rh+, puesto que los anticuerpos pasarán a la sangre del hijo y provocarán la aglutinación lenta de sus hematíes. Actualmente, este problema se resuelve inyectando a la madre anticuerpos anti-Rh que destruyen los posibles hematíes que pasen del feto. Así no se produce la reacción inmunitaria que provocaría la síntesis masiva de anticuerpos anti-Rh.

- Hemorragias sanguíneas: una hemorragia es una salida más o menos abundante de sangre de los vasos sanguíneos por la rotura de los mismos. Pueden clasificarse en función del lugar donde se vierte la sangre o por su origen vascular.

Así, según donde se vierta sangre, se distingue entre:

- Hemorragias internas: aquellas en las que no se produce salida de sangre al exterior, sino que se acumula entre los tejidos o dentro de una cavidad interna. Son muy peligrosas.

- Hemorragias externas: la sangre se vierte directamente al exterior del cuerpo. Son muy aparatosas, pero su gravedad suele ser mínima.

5 Discusión-Conclusión

En muchas ocasiones nos encontramos con pacientes en urgencias y en las plantas de hospitalización que comúnmente decimos "coagulan mal" y nos ha parecido interesante realizar una revisión acerca de los procesos de coagulación y de los principales trastornos o patologías que pueden producirse en la sangre, para así fijar mejor y entender estos conceptos.

Conocer estos trastornos, ver porqué se producen y que tipos existen de cada uno de ellos, sus signos y síntomas y sus tratamientos.

Entre estos trastornos destacamos la septicemia, la anemia, la hemofilia, la

leucemia, las púrpuras trombocitopénicas, la eritroblastosis fetal y las hemorragias sanguíneas.

6 Bibliografía

1- <https://www.msdmanuals.com>

› hogar

Síntomas de los trastornos de la sangre - Manual MSD versión para público general

2- <https://www.cdc.gov>

› symptoms

Signos y síntomas de trastornos de la sangre en las mujeres | CDC

3- <https://www.merckmanuals.com>

› in...

Introducción a los trastornos de la sangre - Merck Manuals

4- <https://www.topdoctors.es>

› ... › E

Enfermedades de la sangre: qué es, síntomas y tratamiento | Top Doctors

5- <https://www.stjude.org>

› otros-trasto...

Otros trastornos sanguíneos que tratamos - St. Jude Children's Research Hospital

Capítulo 164

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS PATOLOGÍAS DEL APARATO DIGESTIVO

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA

JUAN DIEGO MOYA CANO

ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO

JUDIT LÓPEZ COLLADO

LORENA LÓPEZ ABRIL

1 Introducción

Una de las necesidades básicas del ser humano es, evidentemente, la nutrición. Por tanto, es esencial comer, hidratarse y expulsar todo aquello que no es provechoso para el cuerpo humano. El aparato digestivo es el que se encarga de ello. Su función no es otra que digerir y absorber los nutrientes. En el proceso de digestión se transforman, mediante enzimas digestivas, los glúcidos, lípidos y proteínas en unidades más sencillas para que puedan ser absorbidas y utilizadas por el organismo.

Simplificándolo, el aparato digestivo es un tubo irregular de nueve metros abierto por cada punta (boca y ano). Tiene órganos anejos como el hígado, el páncreas y

las glándulas salivales.

La boca cuenta con 32 dientes (en un adulto), que sirven para triturar el alimento. Todos tienen raíz(dentro del hueso), corona (la parte visible) y cuello o línea cervical (separa la raíz de la corona y está cubierta por la encía). Por dentro, el diente está integrado por la cámara pulpar (cavidad central formada por un tejido conjuntivo con vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas denominado pulpa dentaria) y la dentina (tejido duro alrededor de la pulpa que en la parte de la corona está recubierto de esmalte y en la raíz, de cemento).

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con las principales patologías que se producen en el aparato digestivo, para así mejorar nuestros conocimientos y nuestra calidad asistencial.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La digestión es un proceso de transformación de los alimentos a sustancias más sencillas para que puedan ser utilizadas por cada una de las células del organismo.

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DEL APARATO DIGESTIVO:

Se clasifican según la zona afectada o segmento.

- Patologías esofágicas:

- Esofagitis: inflamación de la mucosa del esófago debido a la ingesta de alcohol, a virus, hongos o a un reflujo gastroesofágico. Puede ser crónica o aguda.

- Tumores de esófago: son de mal pronóstico y su síntoma principal es la disfagia.

Se les relaciona con el consumo de tabaco y alcohol.

● Patologías gástricas:

- Gastritis: inflamación de la mucosa del estómago. También puede ser aguda (de naturaleza transitorio, a causa del alcoholismo, tabaquismo o de determinados fármacos) o crónica (de etiología múltiple, puede ser infecciosa, irritante química, inmunológica o genética).

- Úlcera: lesión de la mucosa que se extiende hacia su capa muscular. Puede complicarse hasta la perforación y la hemorragia.

Suele deberse a la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori*. La exposición de la mucosa al ácido gástrico y la pepsina también puede ser una causa.

- Carcinoma gástrico: uno de los principales cánceres mortales, de mayor incidencia en hombres de más de 60 años.

● Patologías intestinales:

- Diarrea: heces descompuestas, de menor consistencia y mayor volumen que las normales.

- Estreñimiento: heces escasas y duras, y de difícil y retrasada expulsión.

- Tumores de intestino: los hay benignos y frecuentes, como los pólipos; y malignos, como el carcinoma colorrectal. Pueden ser causados por determinados factores dietéticos, como la baja ingestión de fibras y vitaminas o la alta ingestión de carbohidratos refinados.

- Trastornos de la digestión y de la absorción intestinal: pueden estar provocados por un déficit en la digestión o absorción de nutrientes importantes por su prevalencia. Son conocidas las enfermedades celíacas (intolerancia permanente al gluten) o las enfermedades por intolerancia a la lactosa (el azúcar de la leche).

● Patologías del hígado y la vesícula biliar:

- Hepatitis: es la inflamación del hígado.

Se produce una insuficiencia funcional de este órgano por un daño en el tejido hepático debido a variadas causas como una infección viral (la más frecuente; se designa con una letra A, B, C o D) o bacteriana, así como al alcohol, a ciertos fármacos y a enfermedades inmunitarias.

- Cirrosis hepática: es la pérdida progresiva de la arquitectura normal del hígado y también de sus funciones. Se debe al alcoholismo, aunque algunas patologías como la hepatitis crónica o la enfermedad biliar también pueden ser causantes. Es una de las diez causas principales de muerte en

Occidente.

- Cálculo o litiasis biliar: es la formación de material sólido en la vesícula biliar o en el conducto biliar común. Produce cólicos en la parte superior derecha del abdomen, intolerancia a alimentos grasos, náuseas y vómitos.
- Tumores: el más habitual es el hepatocarcinoma. Es maligno y se desarrolla en personas con enfermedades hepáticas como cirrosis o hepatitis viral B o C crónica.
- Patologías del páncreas:
 - Pancreatitis: inflamación del páncreas (aguda o crónica) que se relaciona con la enfermedad de las vías biliares o con el alcohol.
 - Tumores malignos: bastante agresivos y de mal pronóstico. Suponen dolor abdominal, ictericia y pérdida de peso y suelen estar relacionados con el alcohol, el tabaco y antecedentes familiares de cáncer.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión BIBLIOGRÁFICA pretendemos revisar las principales patologías o enfermedades digestivas que podemos encontrarnos como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las plantas de hospitalización de digestivo, o incluso en otras zonas del hospital como urgencias, quirófano, atención primaria etc

Algunos de los trastornos que se producen en el aparato digestivo son agudos y duran solo unos días o semanas, pero otros pueden llegar a cronificarse en el tiempo, pasando a ser procesos de larga duración.

Muchos de estos procesos pueden modificarse adecuando la dieta del paciente, aunque también existen otros más graves o complejos que requieren de una intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

1- <https://www.niddk.nih.gov>

› enferm...

Enfermedades digestivas | NIDDK

2- <https://medlineplus.gov>

› article

Enfermedades digestivas: MedlinePlus enciclopedia médica

3- <https://www.visiblebody.com>

› learn

Patologías del sistema digestivo - Visible Body

4- <http://polialto.com>

› principales-enf...

Principales enfermedades del sistema digestivo - Policlínica Alto Aragón

5- <https://www.goodgut.eu>

› 5-enferm...

5 enfermedades muy comunes del aparato digestivo | Goodgut

6- <https://www.topdoctors.es>

› ... › E

Enfermedades digestivas: qué es, síntomas y tratamiento | Top Doctors

Capítulo 165

LA PRESENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUANTO A LA ENFERMEDAD DE LA DEMENCIA SENIL

ANA BELÉN DIAZ RUGARCÍA

1 Introducción

El término demencia senil se ha utilizado para referirse a una condición que ahora se conoce como trastorno neurocognitivo grave. Así se denomina en español a un síndrome caracterizado por una disminución de las capacidades psicológicas de la persona afectada, especialmente las cognitivas. [cita requerida]

El nombre clínico de la demencia proviene de las palabras latinas de (xa) y mens (mente) que se heredan genéticamente como mentis. [cita requerida]

Por su parte, la vejez es un adjetivo que se utiliza para referirse a la vejez o vejez, aunque los estudios médicos actuales demuestran que son muy pocas las personas que desarrollan demencia a una edad relativamente temprana. La pérdida de memoria no menciona una enfermedad específica, porque puede deberse a muchas causas, pero es un conjunto de síntomas oficiales y de comportamiento, entre otras cosas: psicosis

Perdida de la memoria

Confusión

Trastorno lingüístico

Una óptica antinatural

Del mismo modo, la debilidad profesional (actividades diarias de una persona) se expresa y se considera independiente del cambio causado por una condición médica específica, como la infección. Tracto urinario, neumonía, deshidratación, tumores cerebrales, azúcar en la sangre, así como medicamentos y medicamentos consumidos. Esta diferencia se realiza, porque, en tales casos, puede ser por casualidad, se llama delirio, una condición caracterizada por una enfermedad aguda que puede revertirse, no como la demencia, y la enfermedad más común es la enfermedad de Alzheimer y el infarto múltiple.

Por lo tanto, aunque la demencia es un problema grave de todas las edades, es más peligroso en el caso de los ancianos debido a su debilidad en la salud pública, así como su capacidad intelectual. Actualmente, el número de personas mayores va en aumento, por lo que ocurre lo mismo con los casos de demencia por vejez.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo o proyecto de investigación, es saber o conocer cuáles son las funciones del TCAE con las personas que sufren esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los estudios han demostrado que los cuidadores de pacientes con demencia tienen más probabilidades de estar deprimidos que otros. Además, esta tendencia está influenciada por factores como la edad y el género. Del mismo modo, los clínicos muestran que los niveles de estrés de los cuidadores de ancianos con demencia son mucho más altos que los de los cuidadores de ancianos con otro tipo de enfermedades, debido a que antes necesitaban más cuidados.

Cabe señalar que el bienestar psicológico del cuidador está directamente relacionado con el bienestar del paciente, ya que se ha observado que cuando los cuidadores demasiado estresantes lo cuidan, tienden a presentar más problemas de comportamiento y episodios de agitación . Además del estrés, parte de los temas a tratar son la carga emocional y la dificultad para comunicarse/comunicarse con los pacientes. Cabe señalar que estas complicaciones varían dependiendo de la condición del cuidador. Por ejemplo, cuando se trata de un cónyuge mayor, a menudo hay más frustración y depresión ante la perspectiva de perder a una pareja. Otra variable es la situación económica del cuidador, en el caso de los familiares del paciente, pues en estas situaciones las personas son más susceptibles al estrés y la ansiedad.

El tratamiento del cuidador puede ser de tres niveles:

Fisiología Encontrar formas de proporcionar a los cuidadores técnicas de relación para que puedan manejar situaciones estresantes.

La percepción se adapta a las circunstancias específicas de cada persona, aunque en la mayoría de las situaciones se pueden aplicar ciertas estrategias, como la reestructuración de los pensamientos negativos y el manejo de las emociones.

Se proporcionan estrategias conductuales para mejorar la comunicación con los pacientes, así como información y formación para su trabajo.

Algunas de las funciones del TCAE en este servicio pueden ser:

Proporcionar al paciente un ambiente coherente y rutinario , para ayudar a funcionar con sus limitadas capacidades.

Evitar re orientar al paciente más de una vez en cada encuentro con él , para evitar la frustración que le puede producir el hecho de no poder recordar.

Permitir al paciente comportamientos habituales , como la acaparación de objetos y vagabundeo siempre que se realicen en un ambiente seguro.

Colocar etiquetas con el nombre de los objetos y habitaciones , para ayudar a recordar su nombre y su función.

Proporcionar pistas sobre la identidad de los objetos y las tareas .

Colocar un reloj y un calendario grande en su cuarto y marcar con una «X» los días pasados , para ayudarle a recordar la fecha correcta.

Realizar una lista con las actividades diarias.

5 Discusión-Conclusión

La demencia es la pérdida de la función mental lo suficientemente grave como para afectar sus actividades diarias y su vida. Estas funciones incluyen: Memoria.

Habilidades lingüísticas

La demencia afecta la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, la aritmética, el aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada, por todo ello, el TCAE debe de estar siempre en primera línea apoyando tanto al paciente como sus familiares brindándoles todo tipo de necesidades que así se les presenten, respetando su intimidad y su comodidad, tanto del paciente como la de su familia en todo momento para hacerle sentirse seguro y cómodo.

6 Bibliografía

Hamilton, I. (2002). Psicología del envejecimiento. Madrid: Morata

Bagnati, Pablo M. (2010). Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: manual para los familiares y el equipo de salud. 151 páginas. Buenos Aires: Editorial Polesmos. ISBN 978-987-9165-45-4.

Rota Zaratiegui, Alejandra (2014). La demencia senil: guía de apoyo al cuidador profesional en el manejo de las actividades básicas de la vida diaria. Pamplona: Universidad Pública de Navarra, Facultad de Ciencias de la Salud. Consultado el 28 de agosto de 2015.

Capítulo 166

POSTQUIRÚRGICO EN PRÓTESIS DE RODILLA POR PARTE DEL EQUIPO DE FISIOTERAPIA

BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS

ROSA GALLEGO ROMÁN

ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL

1 Introducción

Las prótesis de rodilla son reproducciones de los huesos de la zona de la rodilla, de metal, resinas o materiales cerámicos, que se colocan en el lugar de la articulación

En más del 90% de los casos, las enfermedades subyacentes que precisa prótesis de rodilla son gonartrosis y las artritis reumatoides, y aproximadamente el 40% refiere dolor. Muchos de estos pacientes sufren dolor intenso e importante deterioro funcional, que al no responder a tratamientos conservadores ni a tratamientos quirúrgicos menos radicales hacen necesaria la sustitución protésica.

La intervención se realiza mediante una incisión para cortar y extraer parcialmente los huesos (fémur, tibia y peroné) en la zona próxima a la rodilla. El tipo de prótesis a utilizar depende del paciente, de su edad y estado de los huesos.

Al ser compuestos inertes y al estar en constante movimiento las prótesis se desgastan; su duración es variable y dependen de factores tales como: el peso del paciente, el uso dado, los ejes de la rodilla. En general fluctúa de 10 a 15 años como término medio.

Los traumatismos e intervenciones quirúrgicas presentan una alta incidencia y prevalencia de edemas postraumáticos, favoreciendo la aparición de complicaciones y aumentando el tiempo de convalecencia

2 Objetivos

Describir la valoración y el tratamiento fisioterapéutico tras la colocación de una prótesis de rodilla a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 80 años de edad, con cirugía de intervención de artroplastia total de rodilla derecha, iniciando rehabilitación en gimnasio a los 10 días de la intervención (con aplicación de artromotor desde el segundo día de la intervención en planta.

EXPLORACIÓN

La paciente no presenta antecedentes que contraindiquen la aplicación de DLM.

INSPECCION VISUAL

- Pierna izquierda (no intervenida)
 - Pie izquierdo en supinación.
 - Dedos en garra (en ambos pies).
 - Rodilla pierna izquierda (no intervenida): Pliegue poplíteo más profundo.
 - Deformaciones artrósicas a nivel de la rótula.
 - Inspección visual pierna derecha (intervenida)
 - Pie derecho en supinación.
 - Varices reticulares en maleolo interno.
 - Cicatriz de 22 cm de longitud:
 - Con grapas.
 - No signos de infección.
 - Hematomas en:
 - Cara anterior y más proximal del muslo.
 - Zona posterointerna del muslo.
- ### VALORACIÓN DE LA MARCHA
- Apoyo bipodal .

-Ayuda con andador.

-Longitud de los pasos: Pasos cortos.

-Mucha dificultad para subir escaleras.

BALANCE MUSCULAR:(según escala de Daniels)

-Cuadriceps:2

-Isquiotibiales:3

-Triceps Sural:4

-Flexores del pie: 5

-Extensores del pie:5

BALANCE ARTICULAR

FLEXIÓN - EXTENSIÓN

ACTIVO 80° -15°

PASIVO 90° -15°

RÓTULA EN FLEXION BUENA MOVILIDAD

PALPACIÓN

-Edema de consistencia maleable.

-Signo de fóvea: Positivo. Desaparición inmediatamente.

-Tejidos de cualidad esponjosa.

-Los hematomas: Son de consistencia blanda excepto en la cara externa que es más firme.

PROPUESTA DE TRATAMIENTO

Tres semanas de tratamiento diario, 5 días a la semana. Cada sesión dura 60-90 minutos.

No todas las técnicas se realizan todos los días dependerá de la evolución de la paciente y de las indicaciones de las mismas.

El Drenaje Linfático Manual se realizará diariamente durante las dos primeras semanas y en la tercera a días alternos. Se realizará al final de la sesión debido a que los ejercicios propuestos y las movilizaciones pueden aumentar la filtración.

1-Drenaje Linfático Manual:

-Se inicia el tratamiento con Maniobras de Abdomen Profundo.

-Aplicación de la secuencia básica de miembro inferior según "El Método del Dr. Vodder" siguiendo las vías anatómicas de drenaje.

-En la rodilla donde hay más edema: Se aplican maniobras de reabsorción (Manobras de Leduc).

-Se trabaja primero los hematomas, la cicatriz y las zonas fibróticas,

2-Cinesiterapia:

Con el objetivo de aumentar la fuerza y mejorar la atrofia muscular consecuente de la inmovilización se le enseñaran ejercicios.

- Se inicia con ejercicios isométricos, que se aumentarán a isotónicos y ejercicios con resistencia.
 - Se debe realizar periodos de relajación muscular de 1-2 segundos entre cada contracción. Tiempos más cortos de 1 segundo son desaconsejables porque generan hiperemia reaccional, y por lo tanto aumenta la carga venosa y linfática (aumentaría el edema)
 - Movimientos de dorsiflexión de tobillo para aumentar el retorno venoso.
 - 3-Movilizaciones de la rótula
 - 4-Movilizaciones activo asistidas de rodilla en flexión y extensión
 - 5-Inducción de la fascia plantar:
 - Se realiza esta técnica para trabajar los mecanorreceptores presentes en los pies y la posición de supinación de los pies de la paciente.
 - Esta técnica se realizará dos días a la semana y en ambos pies.
 - 6-Propiocepción:
 - Se inicia en la segunda semana de tratamiento .
 - Se realizan ejercicios en cadena cinética cerrada.
 - 7-Vendaje Neuromuscular:
 - Se coloca al finalizar la sesión y se deja hasta la sesión siguiente.
 - Se aplica desde la ingle hasta la rodilla porque es la zona de más edema.
 - A partir de la mitad de la segunda semana de tratamiento no se coloca el vendaje porque el edema ha disminuido.
 - 8-Crioterapia: En la zona de la rodilla.
- Durante la primera semana de tratamiento se han encontrado los resultados de que el dolor ha disminuido, el edema mejora ayudando así a la sensación de pesadez y una correcta cicatrización sin adherencias. Aun no se ha conseguido un fortalecimiento al 100% de la musculatura pero si un resultado satisfactorio (Balance muscular final: Cuadriceps:4,Isquiotibiales:3-4;Triceps sural:4-5;Flexores del pie:5; Extensores del pie:5). En cuanto al balance articular el resultado es lo suficientemente bueno como para permitir a la paciente realizar sus actividades de la vida diaria con ayuda en las tareas del hogar. La marcha es muy completa y solo hace uso de una muleta en la calle por seguridad propia.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión, el drenaje linfático manual se puede utilizar como técnica complementaria para mejorar y acelerar el proceso de recuperación del paciente, con buenos resultados para abordar el edema de etiología postquirúrgica, ayudando también a evitar las adherencias en la cicatriz favoreciendo así

una pronta cicatrización y evitando posibles problemas secundarios. Pero siendo siempre necesario complementarlo con un tratamiento completo de fisioterapia incluyendo el trabajo de propiocepción de la articulación, movilizaciones activas, movilizaciones activo-resistidas, técnicas de terapia manual, aplicación de crioterapia, electroterapia (TENS, electroestimulación percutánea ecoguiada), vendaje neuromuscular aplicado en la zona afectada hasta finalmente ir introduciendo ejercicios funcionales, facilitando así el "return to life".

5 Bibliografía

- 1-Fisterra Salud. Prótesis de Rodilla. www.fisterra.com/salud/3proceDT/protesis_rodilla.osp.
- 2-Basas García A, Fernandez de las Peñas C, Martín Urrialde J.A. Tratamiento fisioterápico de la rodilla. Editorial Mc Graw-Hill.
- 3-www.Cirugia_Articular.com/prótesis/rodilla.
- 4-Riera Alonso A, Clotet boi G, Hernandez Gimeno E. Eficacia de la fisioterapia en el edema postraumático. Fisioterapia 2003;25 (1): 29-34.
- 5-Saúl R, Hernandez L, Aguilera-Zepedo, Luna-Hernandez J.A. Complicaciones patelares de la artroplastia total de rodilla. Gaceta médica Mex. Vol-135 n°4.1999.
- 6-Hohberg MV. Actualización del tratamiento kinésico del edema postraumático. Experiencia médica, 2001. Vol XIX n°2 pag 55-57.
- 7-Ferrandez J.C, Theys S, Bouchet J.Y. Reeduación de los edemas de los miembros inferiores. Editorial Masson. 84-458-1096-0
- 8-Sijmonsma J. Taping Neuromuscular. Aneid Press. 3ª edición.
- 9-Buckup K. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Ed. Masson

Capítulo 167

INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN PACIENTES CON FRACTURAS DE CLAVÍCULA

BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS

ROSA GALLEGO ROMÁN

ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL

1 Introducción

Una fractura puede ser una rotura completa en la continuidad del hueso o una fisura o rotura incompleta. Por fractura se entiende la pérdida de la solución de continuidad que se produce en un hueso cuando la fuerza aplicada sobre él es superior a su elasticidad. El foco de fractura es el conjunto de la lesión ósea y de las partes blandas vecinas lesionadas.

Según su etiología las podemos clasificar en:

- Fracturas producidas exclusivamente por un traumatismo brusco. Estas fracturas constituyen sin duda el grupo más numeroso. Asientan en un hueso exento anteriormente de toda lesión. Pueden ser producidas por una violencia directa (como en el caso del metatarsiano que se fractura por la caída de un cuerpo pesado sobre el pie); o por una violencia indirecta transmitida a lo largo del hueso

(como cuando la cabeza del radio o la clavícula se fracturan por caída sobre la mano extendida).

- Fracturas por sobrecarga. Las fracturas por fatiga o sobrecarga no se producen por un simple traumatismo violento, sino por sobrecarga o por esfuerzos repetidos. No se ha determinado con precisión la causa de su aparición en huesos que no habían mostrado signo alguno de lesión previa. Con escasas excepciones, las fracturas por fatiga o sobrecarga se localizan en los huesos del miembro inferior. La mayor parte aparecen en los metatarsianos, pero otras localizaciones frecuentes y bien conocidas son la diáfisis del peroné, la diáfisis de la tibia y el cuello del fémur.

- Fracturas patológicas o por insuficiencia. El término "patológica" se aplica a la fractura que afecta al hueso ya debilitado previamente por alguna lesión o enfermedad. Con frecuencia, el hueso se rompe a causa de una violencia mínima, o incluso espontáneamente.

Las fracturas de clavícula son las fracturas más frecuentes de las que se producen en el miembro superior y su mecanismo de acción suele ser por traumatismo indirecto al caerse sobre el hombro o la mano con lo que es una lesión típica de ciclistas y motoristas entre otros.

El tercio medio de la clavícula es la zona más frecuente de fractura clavicular y origina que el fragmento interno se desplace hacia arriba y atrás por acción del músculo esternocleidomastoideo y el fragmento externo se desplaza hacia abajo por acción del pectoral mayor y el peso del brazo.

2 Objetivos

Exponer e indicar a través de un caso clínico el tratamiento de fisioterapia en un paciente con fractura de clavícula.

3 Caso clínico

Varón de 27 años que acude a la consulta con dolor e incapacidad en el miembro superior derecho tras sufrir una caída en bicicleta, deporte que practica de forma profesional, hace un día, acudió al médico de urgencias donde le diagnosticaron mediante una radiografía una fractura del tercio medio de la clavícula.

El paciente presenta la actitud típica antiálgica, común para las lesiones del miembro superior, con el brazo pegado al cuerpo y sujeto con el brazo contrario y con la cabeza inclinada del lado de la lesión para evitar la tracción del músculo esternocleidomastoideo típico de la fractura del tercio medio de la escápula.

La clínica es la clásica en las fracturas: dolor en la zona, tumefacción, equimosis y pequeña deformidad en la zona de la fractura.

La primera medida es la inmovilización con vendaje en ocho para contrarrestar las fuerzas que desplazan los fragmentos y dejarlos en contacto para consoliden correctamente.

Una vez inmovilizado se le pauta reposo de la zona, y la toma de aines para el dolor y crioterapia. También se le pauta ejercicios activos de dedos, muñeca y codo, en toda su amplitud articular y se le cita a los 10 días.

Una vez transcurridos esos días comenzamos tratamiento con:

- Masaje relajante y descontracturante de la musculatura proximal al traumatismo, sobre todo trapecio, esternocleidomastoideo y deltoides anterior. No se tocará la clavícula. Se evitarán en los primeros días las contracciones de estos músculos que podrían desplazar algún fragmento.
- Se realizarán ejercicios pendulares suaves y de poca amplitud. También movilizaciones de la articulación escapulohumeral con el codo sostenido sin sobrepasar los 80- 90° de elevación, ya sea en flexión o en abducción, para evitar movilizar la clavícula.
- En todas las sesiones aplicamos magnetorapia que nos ayudará en la formación de hueso y hielo después de cada sesión.

Una vez transcurridos 21 días aproximadamente, necesarios para la formación del callo, los movimientos podrán pasar de la horizontal y ya no es necesario la realización del vendaje en ocho tras las sesiones, ya que con un cabestrillo de descarga sería suficiente.

A partir de la cuarta o quinta semana empezaremos con ejercicios más globales como las diagonales de kabat y la tonificación muscular de forma progresiva.

A las 7 semanas el paciente se encuentra en plena amplitud articular y tono muscular, con lo que de nuevo retorna a sus entrenamientos con normalidad

4 Discusión-Conclusión

Nuestro objetivo como fisioterapeutas es la inmovilización adecuada de la clavícula para una buena consolidación ósea y tener mucho cuidado con la recuperación de la movilidad y la fuerza respetando los márgenes de formación de callo óseo que suele ser de unos 21 días aproximadamente.

Es muy importante en este tipo de fracturas la reducción adecuada de las fuerzas del músculo pectoral y esternocleidomastoideo en la fase de consolidación para que no traccionen de los fragmentos y queden bien alineados para una buena unión ósea.

Es importante también cumplir los plazos de la fase de la rehabilitación respetando sobre todo la fase de formación de callo óseo que como se describe en el caso es de aproximadamente unos 21 días porque nos marcará el inicio de la recuperación articular y muscular de forma progresiva y lograr así en un plazo más o menos de 6 a 7 semanas la recuperación completa.

Si no se cumplen estas pautas la fractura no consolidará bien y traerá consigo complicaciones como puede ser la pseudoartrosis.

5 Bibliografía

1. Ávila LJ, Moros MS, Jacobo EO, García-Polín LC, García RC, Del Olmo HT. Fracturas de clavícula distal. *Rev Esp Artrosc Cir Articul.* 2015; 22(1): 49-53.
- Wilkins RM, Johnston RM. Fractures of the clavicle. *J Bone Joint Surg Am.* 1983;65:773-8.
2. Ali Khan MA, Lucas HK. Plating of fractures of the middle third of the clavicle. *Injury.* 1978;9:263-7.
3. Donnelly TD, MacFarlane RJ, Nagy MT, Ralte P and Waseem M. Fractures of the Clavicle: An Overview, 2013; 7: p. 329-333.
4. Williams GR, Nguyen VD, Rockwood CR. Classification and radiographic analysis of acromioclavicular dislocation. *Appl Radiol* 1989; feb:29-34.
5. Debski RE, Parsons IM 4th, Woo SL, Fu FH. Effect of capsular injury on acromioclavicular joint mechanics. *J Bone Joint Surg Am.* 2001; 83-A(9): 1344-51.

Capítulo 168

FISIOTERAPIA EN LESIÓN DEL NERVIO CUBITAL POR EXTIRPACIÓN DE OSTEOCONDROMA

BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS

ROSA GALLEGO ROMÁN

ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL

1 Introducción

Los osteocondromas son los tumores benignos más frecuentes. Por lo general, el desarrollo de dichos tumores sigue en crecimiento del paciente y con frecuencia detienen su progresión al producirse la soldadura de la epífisis.

Osteocondromas múltiples: un número más reducido de enfermos presenta osteocondromas en número elevado, localizados en diversos huesos. Esta variedad llamada osteocondromatosis, ofrece marcada tendencia a presentarse en determinadas familias, aunque cada uno de los tumores exhibe los caracteres descritos en la forma solitaria.

La frecuencia: comprenden el 40% de las neoplasias óseas benignas y el 9.3 % del total de casos. Muchos de estos tumores son asintomáticos y no llegan a diagnosticarse.

Sexo: algo más del 60 % de los pacientes incluidos en los grupos de exostosis solitarias y de exostosis múltiples pertenecían al sexo masculino. Los datos de la literatura indican escasa predilección por uno de los dos sexos.

Localización: se forman en los huesos de osificación endondral, pudiendo aparecer en cualquiera de ellos. Generalmente se localizan en la metáfisis de los huesos diafisarios de las extremidades

Clínica: la molestia del paciente depende del tamaño del tumor. Casi siempre el enfermo se queja de un bulto doloroso, generalmente de larga duración. Muchas veces la presencia de esta masa induce al paciente a acudir al médico.

Exploración física: casi siempre solo se descubre una tumoración palpable. A veces, la neoplasia determina fenómenos secundarios, sobre todo cuando se encuentra en el conducto raquídeo.

Radiografía: la imagen típica consiste en una exartrabación ósea compuesta de cortical, continuación de la del hueso matriz, y de esponjosa, igualmente continua con la de este.

Tratamiento: por si sola la presencia de una exostosis cartilaginosa no es motivo suficiente de indicación quirúrgica, ya que la degeneración maligna solo tiene lugar cerca de un 1%. La extirpación se halla indicada cuando el osteocondroma produce deformidad estética, dolor o incapacidad funcional. Ofrece caracteres radiográficos de malignidad, o crece con rapidez.

Lesión de los nervios periféricos

Mononeuropatía: La lesión de un nervio sensorial se asocia con trastorno de todos los tipos de sensibilidad en la distribución anatómica correspondiente. Si se afecta un nervio mixto, motor y sensorial, se producirá también debilidad de los músculos inervados por el nervio.

Neuropatía multifocal: la neuropatía multifocal afecta a varios nervios individuales, por ejemplo en pacientes con diabetes, sarcoidosis, vasculitis lepra, amiloidosis o enfermedad carcinomatosa.

La polineuropatía: la poli neuropatía provoca un trastorno asimétrico de todas las modalidades de sensibilidades de un patrón distal, que en los casos típicos afecta a las manos, los pies, y las piernas. Los reflejos están disminuidos o faltan y puede existir debilidad muscular asociada.

2 Objetivos

Estudiar la eficacia de la Fisioterapia en el tratamiento para una lesión del nervio Cubital

Conocer todas las regiones anatómicas que pueden desencadenar en esta sintomatología.

3 Caso clínico

Presentamos un caso de pseudoparálisis cubital con el cuarto y quinto dedo en una postura de flexión en un hombre de 61 años, con factores de riesgo de aterotrombosis. El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante resonancia magnética de la cabeza que reveló infarto cortical frontal en el lado izquierdo.

Exploración

- Ocupación: jornalero
- Como acude a consulta: sin cabestrillo
- Antecedentes familiares: osteocondromas en familiares
- Enfermedades importantes: ninguna
- Alergias: ninguna
- Antecedentes médico quirúrgicos: operación de osteocondroma en fémur derecho
- Pruebas realizadas: Rx, Electromiografía y Electro-neurografía

Los datos obtenidos son indicativos de una lesión parcial subaguda crónica de tipo mixto (más axonal que desmielinizante) del Cubital izquierdo, muy posiblemente coincidente con la localización de la cicatriz de la zona infra-axilar, con abundantes signos de denervación activa en los músculos dependientes.

• Lesión:

Mecanismo de producción: durante la cirugía del osteocondroma en MMSS izquierdo en zona distal de húmero y zona axilar hubo una sección del N. cubital

Post- cirugía: el paciente llevó una férula de yeso desde el hombro hasta la mano cogiendo los dos últimos dedos durante un mes. Posteriormente llevo un cabestrillo durante dos meses para las actividades de la vida diarias (AVDs)

• Dolor: tipo quemante, al levantarse por la mañana y al hacer ciertas actividades como andar presenta sudoración en la eminencia hipotenar y en 4° y 5° dedos. Además las falanges de los dos últimos dedos se le flexionan involuntariamente.

- Coloración: igual en ambos MMSS
- Sudoración: 4° y 5° meta y eminencia hipotenar
- Cicatrices: dolorosas a la palpación, poca adherencia y coloración normal.
- Sensibilidad: o Superficial: alterada en todo el recorrido del nervio o Profunda: no conservada o Esteroagnosia: conservada
- Balance muscular

Hombro:

Flexión 4

Extensión 3+

Abducción 3+

Aducción 4

Rotación externa 4

Rotación interna 3+

Codo:

Flexión 4

Extensión 3

Antebrazo:

Pronación 3+

Supinación 3

Muñeca:

Flexión dorsal 3

Flexión palmar 3

Dedos:

Flexión global 1°,2°,3° 3

Flexión global 4°,5° 3

Extensión 1° 4

Extensión 2°,3° 3

Extensión 4°,5° 2

Objetivos a corto plazo

- Disminuir el dolor
- Eliminar adherencias de las cicatrices
- Estimular los receptores sensitivos
- Ganar arco articular
- Recuperar fuerza
- Mejorar la coordinación
- Reeducar pinza de todos los dedos principalmente del dedo anular y meñique.

Tratamiento para objetivos a corto plazo

- Masoterapia suave y masaje del tejido conjuntivo sobre todo de la membrana interósea para despegar y liberar su fascia
- Masaje cicatricial en ambas cicatrices (masaje en “z” transversal y longitudinal.)
- Estimular los receptores sensitivos masajeando la zona afectada y la no afecta con un cepillo, insistiendo más en la zona afectada, masajear con materiales calientes y fríos, pellizcar toda la zona.

- Movilizaciones pasivas en todos los planos de la articulación de la muñeca y forzar pasivamente la prono-supinación. Procuraremos que todas estas movilizaciones pasivas pasen a ser activa asistidas progresivamente cuando la fuerza y la ausencia del dolor por parte del paciente lo permitan
- Movilizaciones de los huesos del carpo y del radio respecto al cubito tanto proximal como distal.
- Movilizaciones resistidas suaves de todos los movimientos de la muñeca y sobre todo de los metas. La resistencia será progresiva y variará según la posición articular.
- Facilitación neuromuscular propioceptiva (FNP)
- Movimientos resistidos de la pinza de todos los dedos respecto al pulgar, o una vez hecha la pinza intentar separar los dedos metiendo un dedo nuestro entre el pulgar y el otro dedo. Que el paciente coja una sábana o un folio en pinza con fuerza intentando evitar que el terapeuta se la quite del tirón. También puede hacer ejercicios de pinza cogiendo objetos pequeños (canicas) en todos estos ejercicios se insistirá en hacer la pinza con los dedos anular y meñique.

Tras la realización de este tratamiento durante un mes, se le volvió a realizar una segunda valoración para ver si existía alguna mejora en su sintomatología. Cabe destacar el aumento ligero del balance muscular

Hombro:

Flexión 5

Extensión 4

Abducción 4+

Aducción 4+

Rotación externa 4+

Rotación interna 4+

Codo:

Flexión 4

Extensión 3

Antebrazo:

Pronación 3+

Supinación 3

Muñeca:

Flexión dorsal 3

Flexión palmar 3

Dedos:

Flexión global 1°,2°,3° 3+

Flexión global 4°,5° 3+

Extensión 1º 4

Extensión 2º,3º 3+

Extensión 4º,5º 2

4 Discusión-Conclusión

Existe una variedad de causas por la que puede desarrollarse una afectación del N.

Cubital ya sea a nivel motor como a nivel sensitivo. En este caso, se observa como una lesión a nivel local, mediante la cirugía del osteocondroma puede dañarlo. Pero también a través del resultado de una resonancia magnética de la cabeza podemos establecer una posible causalidad con el daño a nivel del lóbulo cortical frontal del lado izquierdo. Es evidente que el sistema nervioso central debe ser evaluado por un derrame cerebral o incluso otra patología. Sin embargo a través de este estudio podemos afirmar que tanto para una patología de origen central como para una lesión traumática local, la fisioterapia juega un papel fundamental en la mejora de la sintomatología y por consiguiente en una mejora en la calidad de vida del paciente.

5 Bibliografía

- 1• An Update on Treatment Modalities for Ulnar Nerve Entrapment: A Literature Review. *Anesth Pain Med.* 2020 Dec; 10(6): e112070. Published online 2020 Dec 24. doi: 10.5812/aapm.112070
- 2• Doughty CT, Bowley MP. Entrapment neuropathies of the upper extremity. *Med Clin North Am.* 2019;103(2):357–70. doi: 10.1016/j.mcna.2018.10.012.
- 3• Hobson-Webb LD, Juel VC. Common entrapment neuropathies. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*. 2017;23(2, Selected Topics in Outpatient Neurology):487–511. doi: 10.1212/CON.0000000000000452.
- 4• Staples JR, Calfee R. Cubital tunnel syndrome: Current concepts. *J Am Acad Orthop Surg.* 2017;25(10):e215–24. doi: 10.5435/JAAOS-D-15-00261.

Capítulo 169

EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA

1 Introducción

La inteligencia artificial permite una experiencia de aprendizaje activo en primera persona a través de diferentes niveles de inmersión; es decir, una percepción del mundo digital como real y la capacidad de interactuar con objetos y/o realizar una serie de acciones en este mundo digital, permitiendo al usuario explorar entornos sensoriales multimedia tridimensionales reales o artificiales generados por ordenador en tiempo real.

Su principal característica es la dinamización y motivación del tratamiento, lo que facilita el alcance del objetivo terapéutico más fácilmente. Por ello, la inteligencia artificial o realidad virtual se aplica principalmente a la población pediátrica, por su carácter lúdico que nos facilita la adherencia al tratamiento.

Las patologías en las que se ha aplicado la inteligencia artificial como herramienta terapéutica son la parálisis cerebral infantil, la ansiedad y el miedo previos a una intervención quirúrgica, el tratamiento del dolor, trastornos del desarrollo motor, retraso psicomotor, síndrome de Down y distrofia muscular de Duchenne, que principalmente puede abordar la fisioterapia, entre otros.

La inteligencia artificial o realidad virtual puede ser de tres tipos: no inmersiva, semi inmersiva e inmersiva. Del tipo inmersivo se ha descrito HMDH que es un casco, incluido a su vez dentro del grupo HDMs, que son dispositivos para la cabeza. A su vez, forman parte de la realidad virtual inmersiva el RV-guided tour y el HMDs, que son dispositivos de cabeza que incluyen casco o auriculares. En la realidad virtual no inmersiva, que suponen la mayoría de los artículos del mercado, se agrupan todos los sistemas de videojuegos, como son PlayStation, MMD (que engloba distintos tipos de consola de mano), IREX, Nintendo Wii (WiiFit y BalanceBoard), y SonyEyeToy. La realidad virtual semi inmersiva, necesita de elementos virtuales apoyados de otros elementos físicos, creando así una realidad mixta (Cámaras de simulación de vuelo que cuentan con un espacio físico similar a una cabina real, pero en lugar de cristales tiene pantallas en las que se proyecta la simulación, por ejemplo).

2 Objetivos

- Conocer la efectividad de la inteligencia artificial como técnica terapéutica aplicada a diversas patologías pediátricas en el contexto del abordaje fisioterápico.
- Describir las patologías concretas en las que estaría indicada la inteligencia artificial como herramienta terapéutica.

3 Metodología

Esta revisión sistemática ha sustentado su búsqueda en las principales bases de datos biomédicas: PEDro (Physiotherapy Evidence Database), Cochrane Library (Biblioteca Cochrane), Medline, Scielo (Scientific Electronic Library Online) y ENFISPO (Enfermería, Fisioterapia, Podología).

En cuanto a los criterios de selección, los criterios de inclusión y de exclusión consecutivamente fueron:

- Criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas, ensayos clínicos aleatorizados controlados, ensayos clínicos, estudios de cohortes y estudios de casos y controles; población pediátrica entre 0 y 16 años; incluyesen como técnica terapéutica la inteligencia artificial en relación a su aplicación en práctica de actividades de la vida diaria, trastorno motor, control motor postural, retraso psicomotor, distrofia muscular de Duchenne, síndrome de Down, dolor preoperatorio; incluyera textos publicados en inglés y español.

- Criterios de exclusión: series de casos, casos clínicos y opiniones de expertos; textos publicados en otro idioma diferente al inglés o español.

4 Resultados

Se incluyeron 20 artículos, de los cuales 18 son ensayos clínicos aleatorizados controlados (ECCA) y 2 corresponden a revisiones sistemáticas.

En la aplicación en parálisis cerebral infantil, los datos apuntan a una mejora del equilibrio y la postura, mejora de la funcionalidad de miembros superiores y miembros inferiores, mejora de la fuerza muscular específica en miembros inferiores, incremento en el grado de participación, cooperación con el fisioterapeuta, aumento y mejora de la atención así como de la motivación, consiguiendo mayor adherencia al tratamiento a través de juegos de inteligencia artificial administrados a través de la Nintendo Wii de forma mayoritaria, aunque también con IREX y Sony EyeToy.

En su aplicación a la ansiedad y miedo previo a una intervención quirúrgica, se ha observado reducción de ambas previo a la operación y durante con aplicación de inteligencia artificial mediante cascos y cámara de GoPro. Por otro lado, se ha observado que a través de técnicas de la inteligencia artificial como la distracción virtual y casco interactivo 3D podrían mejorar positivamente la percepción del dolor agudo, así como su tolerancia.

En relación a su aplicación en trastornos del desarrollo motor y/o retraso psicomotor, se han observado mejoría de la coordinación motora, mejora de la función manual, mejora de la subida y bajada de escaleras, y de las transferencias de sedestación a bipedestación con el uso de Play Station 3, Microsoft Xbox 360, y Wii.

En cuanto a su aplicación pacientes con distrofia muscular de Duchenne, la técnica de inteligencia artificial usada fue la Playstation II, con Eye Toy y soporte dinámico para brazo (Gainboy Focal Meditech B.V) observándose mejoría significativa en el rango de movimiento (extensión de codo), así como reducción y mantenimiento de la pérdida de fuerza en miembros superiores.

Finalmente, los resultados en cuanto a su uso en pacientes con síndrome de Down, se ha observado que la inteligencia artificial aplicada a través de la Nintendo Wii, promueve el aumento de la motivación en éstos pacientes, aspecto principal y

puerta de entrada al trabajo del área motriz, mejora de propiocepción, coordinación y equilibrio, propios para la mejoría y mantenimiento de éstos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

- La inteligencia artificial, según la bibliografía, parece mejorar y reportar efectos positivos en la práctica y transferencia de habilidades a la vida diaria (retraso psicomotor, trastorno motor del desarrollo, parálisis cerebral infantil, síndrome de Down); mejora del control postural y equilibrio, así como aumento de la seguridad y la motivación, así como adherencia al tratamiento (parálisis cerebral y síndrome de Down); mejora de la funcionalidad de MMSS y MMII; mejora de la habilidad manual y motricidad fina; aumento del umbral y aumento de la tolerancia al dolor (ansiedad y dolor preoperatorio); mejora en la funcionalidad de miembro superior y ROM en pacientes con distrofia muscular de Duchenne.
- La inteligencia artificial como herramienta terapéutica en el ámbito de la fisioterapia, según los artículos estudiados, serían la parálisis cerebral infantil, la ansiedad y/o dolor previos a una intervención quirúrgica, trastorno motor del desarrollo, retraso psicomotor, distrofia muscular de Duchenne, y síndrome de Down, principalmente que afectan al movimientos o provocan trastornos en el mismo.
- En cuanto a los dispositivos utilizados de la inteligencia artificial en éstas patologías, fueron principalmente: sistemas IREX (Sistema Interactivo de Rehabilitación y Ejercicio), HVCT(sistema virtual de ciclismo) y Nintendo Wii; también sistemas HMDs (Head-Mounted Devices), sistema Sony EyeToy con PlayStation2 y PlayStation3; Xbox360 y los sistemas de distracción MMD (incluido DITTO). En cuanto a dosificación de las mismas, la literatura encontrada especifica algunos programas y/o juegos, por ejemplo, RV-Guide Tour para abordaje de dolor preoperatorio o juegos electrónicos activos, con XBox 360, Wii y PlayStation para mejorar la función motora y coordinación, pero no aborda con exactitud este punto, centrándose más en los efectos más que en la dosis.

6 Bibliografía

- Massetti T, Silva TD da, Ribeiro DC, Malheiros SRP, Ré AHN, Favero FM, et al. Motor learning through virtual reality in cerebral palsy - a literature review. Med Express.2014;1(6):302-6.

- Ryu J-H, Park S-J, Park J-W, Kim J-W, Yoo H-J, Kim T-W, et al. Randomized clinical trial of immersive virtual reality tour of the operating theatre in children before anaesthesia. *Br J Surg*. 2017 Nov;104(12):1628–33.
- Khamis A, Novak I, Morgan C, Tzannes G, Pettigrew J, Cowell J, et al. Motor Learning Feeding Interventions for Infants at Risk of Cerebral Palsy: A Systematic Review. *Dysphagia*. 2019 May 8.
- Straker LM, Campbell AC, Jensen LM, Metcalf DR, Smith AJ, Abbott RA, et al. Rationale, design and methods for a randomised and controlled trial of the impact of virtual reality games on motor competence, physical activity, and mental health in children with developmental coordination disorder. *BMC Public Health*. 2011 Dec 18;11(1):654.
- Massetti T, Fávero FM, Menezes LDC de, Alvarez MPB, Crocetta TB, Guarnieri R, et al. Achievement of Virtual and Real Objects Using a Short-Term Motor Learning Protocol in People with Duchenne Muscular Dystrophy: A Crossover Randomized Controlled Trial. *Games Health J*. 2018 Apr;7(2):107–15.
- Wuang Y-P, Chiang C-S, Su C-Y, Wang C-C. Effectiveness of virtual reality using Wii gaming technology in children with Down syndrome. *Res Dev Disabil*. 2011 Jan;32(1):312–21.
- Gatica-Rojas V, Cartes-Velásquez R, Guzmán-Muñoz E, Méndez-Rebolledo G, SotoPoblete A, Pacheco Espinoza AC, et al. Effectiveness of a Nintendo Wii balance board exercise programme on standing balance of children with cerebral palsy: A randomised clinical trial protocol. *Contemp Clin Trials Commun*. 2017 Jun;6:17–21.
- Brüttsch K, Schuler T, Koenig A, Zimmerli L, (-Koenke) SM, Lünenburger L, et al. Influence of virtual reality soccer game on walking performance in robotic assisted gait training for children. *J Neuroeng Rehabil*. 2010 Dec 22;7(1):15.

Capítulo 170

CASO CLÍNICO: CERVICALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

JORGE ROLDÁN SEGURA

JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

ELENA SÁEZ GARCÍA

1 Introducción

Las cervicalgias son una de las patologías más frecuentemente atendidas en fisioterapia en Atención Primaria. La fisioterapia nuevamente nos ofrece un amplio abanico de posibilidades de tratamiento:

- Termoterapia y crioterapia.
- Electroterapia.
- Cinesiterapia.
- Masoterapia.
- Kinesiotape.
- Punción seca.
- Escuela de espalda.
- Tracciones manuales y mecánicas.
- Manipulaciones.
- Otros.

Entre las causas más comunes de padecer una cervicalgia podríamos encontrar:

- Contracturas musculares.

- Artrosis.
- Espondilosis cervical.
- Estenosis cervical (o raquídea).
- Rotura de anillo fibroso y hernia discal.
- Lesiones en los músculos y ligamentos.
- Otras enfermedades (por ejemplo fibromialgia).

Hay que tener en cuenta que en caso de que el dolor se irradiara hacia los miembros superiores, podríamos hablar entonces de una braquialgia, donde también suelen aparecer parestesias y que en muchas ocasiones se debe a protusiones o hernias a nivel cervical, y en caso de que convivan los dolores cervicales y la irradiación de miembros superiores, hablaríamos de una cervicobraquialgia.

En el caso que presentamos en el caso clínico abordamos los resultados encontrados en 3 pacientes con patología cervical diagnosticados por su MEAP (Médico Especialista en Atención Primaria) como pacientes con cervicalgia y que fueron tratados durante 15 sesiones por el Servicio Público de Fisioterapia. Los resultados fueron relativamente satisfactorios aunque con diferencias entre ellos.

2 Objetivos

Mostrar un tratamiento base de fisioterapia para pacientes diagnosticados con cervicalgia en atención primaria, debido a que es una de las patologías más frecuentemente tratadas.

3 Caso clínico

Tres pacientes de 28, 47 y 65 años fueron tratados por el Servicio de Fisioterapia tras haber sido diagnosticadas con cervicalgia por su MEAP, las tres eran mujeres y las tres referían un dolor de más de 3 meses de duración pero menos de 6 meses. Ambas fueron tratadas en un primer momento con analgesia vía oral por su MEAP pero tras volver a consulta, fueron derivadas a Fisioterapia.

La mujer de 65 años sí presentaba otras patologías previas pero sin importancia para el caso, además de sobrepeso.

La paciente de 28 años sí refería hacer deporte esporádico que consistía en ir a yoga 2 veces por semana, aunque refería pasar muchas horas sentada por estar opositando.

El abordaje de tratamiento con las 2 primeras pacientes fue igual, y el abordaje de la señora de 65 años fue complementado con magnetoterapia con programa "artrosis cervical" y no se le trató con "tracción cervical".

El tratamiento se basó en:

1º Termoterapia por radiación infrarroja 15 minutos.

2º Electroterapia mediante corrientes de baja frecuencia TENS convencional 80 Hz 150 us.

3º Tracción cervical en el caso de las mujeres de 28 y 47 años, comenzando con 6 kilos de tracción y 3'5 en reposo, y llegando hasta 7 kg en tracción y 4'5 kg en reposo, 10 minutos.

4º Tabla de ejercicios basada en Escuela de Espalda para columna cervical, protocolizada por el Servicio. Se basa sobretodo en movilidad, autoestiramientos y ejercicios isométricos de potenciación de la musculatura cervical.

5º Masoterapia y estiramientos.

6º La mujer de 65 años recibió sesiones de magnetoterapia programa "artrosis cervical".

7º Kinesiotape a días alternos.

Las 3 pacientes asistieron a tratamiento 15 sesiones a días continuos salvo fines de semana.

4 Discusión-Conclusión

Las 3 pacientes refirieron mejorías en la sensación de dolor tras 15 sesiones de tratamiento.

Las 3 pacientes se llevaron a casa el programa de ejercicios de Escuela de Espalda para columna cervical para continuar realizando ejercicios a nivel domiciliario.

La paciente de 47 años decidió empezar a ir a clases de Pilates tras el tratamiento y después de consultarlo con su fisioterapeuta.

La mujer de 65 años se comprometió a intentar llevar una vida más activa, salir a pasear diariamente y en el momento del alta tenía cita prevista con endocrinología para tratar de poner solución a su obesidad.

Las 3 pacientes refirieron no precisar de medicación analgésica al final del tratamiento.

Las 3 pacientes referían haber mejorado su calidad de vida.

Podemos afirmar con estos resultados que el plan de tratamiento realizado fue el correcto y que puede utilizarse como base para protocolos de tratamiento en esta patología.

5 Bibliografía

1. Web: <https://www.traumadrid.es/traumatologia-madrid/traumatologo-especialista-columna/dolor-cervical>
2. Web: <https://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-la-cervicalgia>

Capítulo 171

TRATAMIENTO DE UNA HERNIA DISCAL MEDIANTE EL EJERCICIO

ELENA SÁEZ GARCÍA

JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA

JORGE ROLDÁN SEGURA

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

1 Introducción

La hernia de disco es una patología muy común en la población, y no siempre produce síntomas, hay gente que puede vivir años sin saber que la padece.

Las vértebras están separadas entre sí por discos que amortiguan las presiones, estos discos poseen un núcleo más líquido y gelatinoso dentro de un anillo más duro.

La mayoría de las hernias se producen por degeneración del disco con la edad, debido al desgaste de los huesos vertebrales y a las presiones mantenidas y esfuerzos repetidos en el tiempo. En ocasiones un golpe o un esfuerzo brusco, puede ser el detonante de que se hernie el disco, pinzando en ocasiones un nervio y produciendo síntomas. En caso de que la hernia produzca síntomas, serán los siguientes:

- Dolor, en algunos casos localizados en la zona de la hernia y en otros irradiado hacia miembros superiores o miembros inferiores, dependiendo de la altura de la hernia.
- Sensación de quemazón, nuevamente localizado o irradiado a las extremidades.

- Debilidad, debido al pinzamiento del nervio que inerva los grupos musculares que se encuentran ahora debilitados.

- Parestesias, hormigueos, entumecimiento.

A pesar de lo que cree la gente comúnmente, normalmente el tratamiento de las hernias discales no precisa de intervención quirúrgica salvo en los casos más graves e incapacitantes.

2 Objetivos

El objetivo es plantear un programa básico de ejercicios con el que poder enfocar el tratamiento de una hernia discal.

3 Caso clínico

Paciente de 43 años, trabaja en la construcción, con dolor lumbar irradiado hacia su pierna izquierda. Lo tiene desde hace más de 4 meses. El dolor es intenso, incapacitante, sensación de quemazón, le produce problemas para descansar por la noche.

Tras algunas primeras exploraciones por parte de su médico, y de estar más de un mes con medicación y continuando con el dolor, le diagnostican mediante una resonancia magnética una hernia discal L5-S1 y una protrusión L4-L5. Viene a consulta porque está decidido a realizar un tratamiento conservador basado en ejercicios. Se planifica un programa de ejercicios basado en las siguientes fases:

1. Descompresión y rehidratación del disco.
2. Recentralización del disco.
3. Potenciación musculatura lumbar y mantenimiento.
4. Higiene en el trabajo y pautas domiciliarias.

Parte 1: Se le pautan ejercicios de descompresión y tracción lumbar. Se realizarán 3 veces al día 15 minutos cada vez, siempre antes de comenzar con los ejercicios de centralización del disco. Un ejemplo de estos ejercicios sería apoyarse con las manos entre dos sillas, doblando las rodillas y apoyando levemente las puntas de los pies, mantenerse colgando entre medias dejando caer la zona lumbar de manera controlada, descomprimiendo la zona lumbar.

Parte 2: Una vez realizados los ejercicios de descompresión precedemos a recenrar el disco, en el caso de su irradiación a la pierna izquierda. colocaremos al paciente de lado derecho a uno 30 o 40 cm de la pared, con el brazo izquierdo haremos una presión por encima de la cadera izquierda, dejando caer el lado

derecho del cuerpo hacia la pared. A continuación de ese ejercicio, realizaremos hiperextensiones lumbares en prono en la camilla, sin despegar la parte del pubis. Parte 3: Ejercicios de potenciación de la musculatura paravertebral. Los primeros días, utilizaremos crioterapia basada en placas de coldpack tras los ejercicios. Parte 4: Consejos sobre ergonomía y uso de faja lumbar en el trabajo.

4 Discusión-Conclusión

El paciente notó un empeoramiento del dolor localizado de la zona lumbar las primeras tres sesiones, pero reconoció que el dolor irradiado había disminuido. Al cabo de 10 sesiones el dolor había disminuido considerablemente y conseguía descansar mucho mejor por las noches.

Pudo volver a la actividad normal en el trabajo después de 15 sesiones, aunque usó la nueva faja lumbar para realizar tareas concretas más exigentes.

Continuó con los ejercicios en domicilio y tras una consulta telefónica 3 meses después de la última sesión (fueron 20 sesiones las realizadas en consulta) el paciente no padecía ningún síntoma y llevaba vida completamente normal.

Un tratamiento como el realizado puede aliviar los síntomas producidos por las hernias discales sobretodo si no se ha cronificado el dolor o se muestra en fases más tempranas.

5 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/herniated-disk/symptoms-causes/syc-20354095>.
2. <https://www.fisioterapia-online.com/infografias/ejercicios-para-cuidar-tu-hernia-discal>.
3. <http://www.youtube.com>.

Capítulo 172

REHABILITACIÓN DE UNA PRÓTESIS DE CADERA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

ANA GAMUNDI OTERO

CELESTINO GARCIA CAPILLA

1 Introducción

La cadera es una articulación clasificada dentro de las enartrosis que se caracteriza por su gran movilidad. Está formada por la cabeza esférica convexa del fémur y por el acetábulo cóncavo de la pelvis. Está rodeada por una cápsula fibrosa que contiene el líquido sinovial y que la dota de una mayor estabilidad.

Es una articulación muy importante porque permite la unión del tronco con la extremidad inferior y por su gran cantidad de movimientos, indispensable en actividades como la marcha, correr o subir y bajar escaleras.

La prótesis de cadera es un reemplazo artificial de esta articulación en la que se sustituye la cabeza femoral junto con la cavidad del cótilo del iliaco. La indicación médica para su colocación es una cadera dañada por desgaste, por fractura o por alguna otra causa que provoca dolor e impotencia funcional y en la que el paciente no responde bien al tratamiento conservador a través de medicación y rehabilitación.

Hay diferentes tipos de prótesis según el material utilizado y dependiendo de que la sustitución de la cadera sea de forma parcial o total.

Una vez colocada la prótesis es muy importante empezar con la movilización desde el primer día para prevenir la rigidez articular y la atrofia muscular.

Los objetivos que se plantean con la intervención desde fisioterapia son:

- Disminuir el dolor y la incapacidad funcional.
- Mejorar la movilidad articular y el tono muscular.
- Recuperar autonomía y restablecer la marcha.

2 Objetivos

Presentar a partir de un caso clínico la intervención de fisioterapia en un caso de prótesis de cadera.

3 Caso clínico

Se trata de un hombre de 72 años de edad que presenta dolor en ingle y cadera en los movimientos de flexión y abducción y en la marcha cuando realiza el apoyo sobre la pierna afectada. Aunque lleva años con molestias, el dolor se había incrementado con el tiempo imposibilitándole realizar actividades de la vida diaria e interrumpiéndole el sueño nocturno.

Mientras se encontraba en activo, había realizado labores de despiece mecánico en un desguace con malas posturas y movimientos muy forzados de rodilla y cadera.

En la radiografía aportada, se aprecia disminución de la interlínea articular con pinzamiento entre los huesos, esclerosis marginal y formación de osteofitos en el cótilo de la cadera.

Al paciente, se le coloca una prótesis total de cadera cementada y se le enseña medidas de higiene postural y recomendaciones como evitar el cruce de piernas, la flexión de cadera por encima de los 90° o el decúbito lateral sobre pierna afectada para prevenir la luxación o el daño de la prótesis,

La rehabilitación postoperatoria comienza de inmediato con movilizaciones pasivas y activas tanto de la cadera como de rodilla y tobillo y ejercicios isométricos para el fortalecimiento muscular. Se permite la deambulación desde el primer día con muletas y los cambios de cama a sillón.

Recibe el alta a los 5 días ya que no presenta dolor, es capaz de levantarse de la cama y realiza una marcha estable con la ayuda de las muletas.

Durante las siguientes semanas, se incrementa gradualmente la intensidad y dificultad de los ejercicios. Se hace hincapié en los ejercicios propioceptivos, de fortalecimiento y de mejora de la marcha.

Siguiendo el criterio médico, se le retira una muleta a las 5 semanas y recibe el alta a los dos meses siendo capaz de caminar sin ninguna ayuda y sin dolor.

4 Discusión-Conclusión

La colocación de prótesis de cadera ha permitido mejorar la calidad de vida de muchas personas. En la mayoría de las ocasiones, permite recuperar la marcha y disminuye significativamente el dolor.

Sin embargo, a pesar de los avances técnicos y médicos, la infección postquirúrgica y la luxación de cadera siguen siendo las complicaciones más frecuentes.

El deterioro cognitivo junto con la edad avanzada del paciente son los principales factores favorecedores de la luxación, así como la colocación de prótesis de revisión donde ya ha habido una cirugía previa.

Según los últimos estudios, el seguimiento postoperatorio tardío favorece una mejor recuperación y disminuye los porcentajes de fallo de la prótesis.

5 Bibliografía

1-M. Fernández-Fairen, D. Hernández-Vaquero, A. Murcia-Mazón, V. Querales-Leal, A.I. Torres-Pérez, A. Murcia-Asensio.

Inestabilidad de la artroplastia total de cadera. Una aproximación desde los criterios de la evidencia científica.

Rev Esp Cir Ortop Traumatol., 55 (2011)

2-L. Ameneiro-Romero, P. Louzao-Mosquera, V. Souto-Rey, A. Garea-Loureiro, J.M. Miranda-Blanco, F. Baña-Sandá, et al.

Factores de riesgo y tratamiento de las luxaciones de prótesis de cadera: nuestra experiencia.

Acta Orthop Gallega., 1 (2005)

3- Vaz JA, Díaz A. Recomendaciones para pacientes intervenidos de prótesis de cadera. Rev. Enferm. CyL 2015

Capítulo 173

ABORDAJE DE LA FASCITIS PLANTAR EN EL CORREDOR. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA.

GEMA GARCÍA ASCOZ

ÁLVARO MARTÍN CAMINO

ELENA MUÑOZ MENENDEZ

ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

1 Introducción

La fascia profunda del pie o aponeurosis plantar carece de detalles de importancia en el dorso del pie; sin embargo, en la planta la fascia posee una importante función. La consistencia de la aponeurosis plantar no es homogénea en toda la planta del pie, sino que se encuentra reforzada en su porción más central. Por este motivo suele dividirse a la fascia en tres partes, la porción medial que tapiza al músculo separador corto del pulgar, la zona intermedia, que es la más gruesa y recibe el nombre de aponeurosis plantar, y la porción lateral, que cubre el músculo separador del quinto dedo (1).

La aponeurosis plantar consiste en una gruesa lámina de aspecto nacarado formada por múltiples capas de tejido fibroso. Tiene forma triangular con el vértice situado en el talón donde está adherida a la cara inferior del calcáneo. Tapiza la

zona central de la planta del pie correspondiente al trayecto del músculo flexor corto de los dedos. Por delante se continúa con cinco lengüetas que se fusionan a los túneles fibrosos de los dedos. A los lados se continúa con las porciones lateral y medial de la fascia plantar. Estas zonas de fusión aparecen como surcos. Debido a que se corresponden con una zona en la que se forman tabiques fibrosos incompletos que penetran en profundidad hasta el plano óseo y separan al músculo flexor corto de los dedos de los separadores del primer dedo y del quinto dedo (1).

La mayoría de los componentes fibrilares de la aponeurosis plantar tienen una orientación longitudinal; sin embargo, también posee fibras transversales, las cuales se concentran a nivel de las articulaciones metatarsofalángicas y en los márgenes posteriores de las comisuras interdigitales.

Desde el punto de vista funcional, la aponeurosis plantar desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de los arcos longitudinales del pie que definen la forma de la bóveda de la planta del pie.

La fascitis plantar es la causa más común de dolor en el talón. Se dice que afecta a pacientes entre las edades de 8 y 80, pero es más común en mujeres de mediana edad y corredores más jóvenes, predominantemente hombres (2).

En la fascitis plantar el dolor es originado frecuentemente por una degeneración de colágeno a nivel del origen de la fascia plantar en el tubérculo medial del calcáneo.

La etiología de la degeneración son los microtraumatismos repetidos de la fascia plantar que sobrepasan la capacidad para la autoreparación de la misma (3).

Justo después del golpe de talón de la fase del ciclo de la marcha, la tibia gira hacia adentro y el pie se proná para permitir el aplanamiento del pie. Esto estira la fascia plantar. El aplanamiento del arco permite que el pie se adapte a las irregularidades en la superficie para caminar y también para absorber los golpes. Si hay un factor predisponente o agravante de la tensión, la tracción repetitiva en la fascia plantar al caminar o correr puede provocar microdesgarros, que inducen una respuesta inflamatoria (4).

Entre los factores de riesgo se encuentran aumento de la flexión plantar, del IMC o masa corporal que producen mayor tracción de la fascia al amortiguar las fuerzas en el apoyo del pie (5).

Con demasiada frecuencia, al paciente con dolor en el talón inferior se le diagnostica fascitis plantar sin considerar otros diagnósticos.

El diagnóstico se realiza con la historia y el examen físico.

El dolor inicialmente puede ser difuso o migratorio; con el tiempo suele localizarse en la zona de la tuberosidad del calcáneo medial. El paciente a menudo

refiere una historia de inicio gradual del dolor que es peor en la primera carga de peso por la mañana: el dolor puede llegar a ser tan incapacitante que el paciente cojea los primeros pasos. Después de unos pasos, el dolor en el talón disminuirá durante el día pero empeorará con el aumento de la actividad (como trotar) o después de un período de estar sentado. El dolor en la mañana es típico de la fascitis plantar y por lo general no es una característica de fracturas por estrés del calcáneo (en las que el dolor aumenta con caminar más) o atrapamiento de nervios. El dolor nocturno debe despertar la sospecha de otras causas de dolor en el talón como tumores, infecciones y dolor neuropático (incluido el síndrome del túnel del tarso).

Como factores agravantes se encuentra calzado con poca amortiguación o de apoyo del arco inadecuado o irregular, o caminar descalzos sobre suelos duros. La fascitis plantar suele ser unilateral, pero es bilateral hasta en un 15% de los pacientes (6).

La historia debe incluir la condición médica general del paciente. La obesidad en pacientes con fascitis plantar ocurre en el 40% de los hombres y el 90% de las mujeres (7).

En el tratamiento de la fascitis plantar juegan un papel fundamental el reposo relativo, los estiramientos de la fascia para mejorar su flexibilidad y el fortalecimiento muscular de la musculatura intrínseca que mantiene la bóveda plantar. Corregir el acortamiento del complejo del tríceps sural es importante debido a que la fascia plantar forma parte del complejo Aquileo-Calcáneo-Plantar. También se incluyen taloneras, férulas, vendajes y modificaciones del calzado como parte del tratamiento.

2 Objetivos

Objetivo principal

- Describir el abordaje de fisioterapia en personas con fascitis plantar.

Objetivos secundarios

- Conocer la anatomía de la fascia plantar.
- Conocer la funcionalidad y cargas tensionales sobre la fascia plantar
- Conocer la clínica de la fascitis plantar y posibles diagnósticos diferenciales.
- Conocer los factores de riesgo y agravantes de la fascitis plantar.

3 Caso clínico

Mujer de 40 años que acude a consulta por dolor en la planta del pie. Lleva seis meses con dicho dolor. Hace seis meses el dolor aparecía sólo tras salir a correr. Ha empezado a correr hace ocho meses para bajar de peso. Ha estado saliendo a correr durante 45 minutos con una periodicidad de 3 veces en semana. Actualmente el dolor es máximo al levantarse de la cama 7/10 en la Escala Visual Analógica (EVA) y desaparece a los veinte minutos; y es menor después de correr 5/10 en la escala EVA. El resto del día refiere sólo molestia de vez en cuando. En el estudio estático observamos una disminución del arco de la bóveda plantar con un desgaste de la suela por la parte interna de la zapatilla (pisada pronadora). En el análisis dinámico de la carrera se puede observar un incremento de la longitud de la zancada muy por delante del cuerpo con aterrizaje sobre el talón con mucha oscilación vertical del centro de gravedad.

Como tratamiento en fase aguda se le pauta estiramiento de la fascia plantar con toalla, ejercicios de tonificación de la musculatura intrínseca intentando agarrar objetos pequeños con los dedos y vendaje neuromuscular para mejorar el soporte del arco longitudinal interno. Se le recomienda un calzado adecuado con mayor amortiguación de las cargas mecánicas. A las seis semanas cuando la sintomatología ha mejorado se le permite volver a correr empezando dos días en semana durante 15 minutos cada día e ir incrementando progresivamente los tiempos y días carrera. Se incluyen medidas de educación sobre cómo modificar la técnica de carrera para que las zancadas sean de menor longitud y por tanto con menor oscilación del centro de gravedad y aterrizaje en mediopie.

4 Discusión-Conclusión

En individuos activos, la fascitis plantar es común. En corredores, la incidencia varía de 4,5% a 10,0% y la prevalencia es de 5,2% a 17,5%.

Un abordaje preventivo con pautas educativas sobre los factores de riesgo y agravantes así como el aprendizaje de una buena técnica al correr son fundamentales para disminuir la aparición de este problema.

Por otro lado, un diagnóstico adecuado descartando otros procesos en el examen clínico así como el tratamiento precoz también son importantes para disminuir los tiempos de recuperación de la fascitis plantar.

El objetivo último de la rehabilitación es no sólo tratar la sintomatología sino abordar los factores causantes de la fascitis para no tener más episodios recurrentes.

5 Bibliografía

1. García-Porrero, J. A., Hurlé, J. M. Capítulo 7. Aparato Locomotor de la Extremidad Inferior. García-Porrero, J. A., Hurlé, J. M. Anatomía humana. 1ª ed. Madrid: Ed. McGraw-Hill; 2005. 245-323.
2. Tanz SS. Heel pain. Clin Orthop 1963;28:16978.
3. Roberto Jiménez Leal. Tratamiento de la fascitis plantar. 2010; 21(3): 110-113.
4. Leach RE, Seavey MS, Salter DK. Results of surgery in athletes with plantar fasciitis. Foot Ankle 1986;7:156-61.
5. Karrie L. Hamstra-Wright, PhD, ATC. Risk Factors for Plantar Fasciitis in Physically Active Individuals: A Systematic Review and Meta-analysis. 2021; 13 (3): 296-303.
6. Furey JG. Plantar fasciitis: the painful heel syndrome. J Bone Joint Surg. 1975;57A: 6723.
7. Williams PL, Smibert JG, Cox R, Mitchell R, Klenerman L. Imaging study of the painful heel syndrome. Foot Ankle 1987;7:3459.

Capítulo 174

TENDINOPATÍA DEL TENDÓN ROTULIANO EN EL BALONCESTO. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

ÁLVARO MARTÍN CAMINO

ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO

ELENA MUÑOZ MENENDEZ

GEMA GARCÍA ASCOZ

1 Introducción

Durante los últimos años el baloncesto ha experimentado numerosos cambios en aspectos tácticos que conllevan una mayor exigencia física por la intensidad de los entrenamientos y el ritmo de las competiciones. Continúa aumentando el número de jugadores en este deporte, y a su vez, las lesiones relacionadas con su práctica (1,2).

La tendinopatía rotuliana es la patología tendinosa más común en los jugadores de baloncesto, es una lesión por sobreuso que causa dolor y pérdida de la función. Se han observado cambios en la estructura del tendón que afectan negativamente a la capacidad de carga y tolerancia de este. Esta lesión tiene gran prevalencia en el baloncesto, debido a las altas demandas del juego, la potencia del aparato

extensor, la repetición de gestos, los múltiples saltos y, por otro lado, las características antropométricas de los jugadores, que suelen ser grandes estaturas y pesos elevados. Todo esto afecta en gran medida al miembro inferior de este tipo de deportistas, concretamente a la articulación de la rodilla, y más específicamente, al tendón rotuliano (3, 4).

El Modelo Continuum de Jill Cook y Craig Purdam, mejora la comprensión de la patología del tendón analizando las características de los tres estados tisulares: En primer lugar, las tendinopatías reactivas o tendinitis ocurren por sobrecargas agudas de fuerzas tensionales o de compresión, y suelen ser el resultado de un aumento brusco de la actividad física en un tendón que no está acostumbrado a esa carga.

Por otro lado, en las tendinopatías desestructuradas, hay mayor presencia de desorganización de la matriz celular que en un tendón reactivo, y es la fase de desarrollo de la desestructuración fibrilar siendo el paso intermedio entre el tendón reactivo y el tendón degenerado.

Por último, la tendinopatía degenerativa o tendinosis, es la progresión de la degeneración de la matriz de colágeno y aparición de neovascularización. Aparecen áreas de muerte celular por apoptosis, trauma o fallo de los tenocitos. Además, en ecografía, se visualizan zonas hipoeoicas con numerosos vasos a través del modo Doppler (1, 2, 3).

2 Objetivos

- Revisar la evidencia científica actual sobre la tendinopatía del tendón rotuliano.
- Analizar el abordaje de fisioterapia para la tendinopatía del tendón rotuliano.

3 Metodología

En cuanto a la metodología para la elaboración de este estudio, se realizó una revisión de la evidencia científica en las siguientes bases de datos:

- Science Direct.
- Cochrane.
- Medline (A través de la herramienta PubMed) - PEDro.

Se escogieron diversas palabras clave, teniendo en cuenta tanto términos controlados (MeSH) como términos libres correspondientes al lenguaje natural:

“Patellar Tendinopathy”, “Basketball”, “Basketball Player”, “Knee”, “Exercise Treatment”, “Load Management”, “Tendon Injuries”, “Invasive Treatment”, “Treatment” y “Physical Therapy”.

Tras la lectura de los títulos de los artículos científicos, se seleccionaron aquellos más apropiados. Se procedió a revisar los resúmenes y fueron escogidos aquellos que se ajustaron al objetivo del estudio para ser posteriormente analizados a través de una lectura a texto completo.

También se recopilaron estudios considerados de interés a través de búsqueda inversa.

4 Resultados

La entidad clínica más común en este tipo de lesiones es la tendinopatía rotuliana en estado crónico. La cual tiene una duración igual o mayor a tres meses, refiriéndose a los términos de tendinopatías degenerativas o tendinosis, con sintomatología de dolor e incapacidad funcional (1).

Para realizar un buen abordaje fisioterápico en el proceso tendinoso habrá que mejorar los síntomas del deportista. En este caso debemos gestionar la carga del tendón. Se debe restringir el mecanismo de producción de los síntomas por un periodo de tiempo, gestionando el volumen y el número de entrenamientos de baloncesto en este caso (6, 7).

La fase de readaptación o fortalecimiento comenzará una vez se normalice el estado patológico del inicio del tendón. La clave del tratamiento en fisioterapia para abordar esta lesión es estimular al tendón adecuadamente para su recuperación, de manera que el deportista pueda volver gradualmente a realizar su actividad física. Por lo tanto, es fundamental antes de cualquier tratamiento convencional el ajustar las cargas que habían generado sobrecargas mecánicas y desestructuración del colágeno.

La mayoría de los resultados de la evidencia científica muestran protocolos de ejercicios isométricos, concéntricos y excéntricos para el miembro inferior de los pacientes, basados en la gestión de cargas y la progresión clínica de la tendinopatía rotuliana. Se destacan los siguientes ejercicios de fortalecimiento del miembro inferior.

- Contracción isométrica del cuádriceps.
- Contracción isométrica del cuádriceps aumentando el estiramiento del cuádriceps.
- Semisentadilla bipodal adaptada o Semi-squat adaptado en espaldera con banda inelástica.
- Sentadilla unipodal sobre plano inclinado denominada “Single Leg Decline Squat” (3, 5, 6).

También cabe destacar el tratamiento invasivo en fisioterapia para la tendinopatía rotuliana. La electrólisis percutánea intratisular es una técnica de fisioterapia invasiva que consiste en la aplicación de una corriente galvánica a través de una aguja de punción seca que actúa como electrodo negativo o cátodo. Esto provoca un proceso inflamatorio y la reparación del tejido afectado. Dicha técnica se aplicará, de manera ecoguiada, en diferentes zonas del tendón (4).

5 Discusión-Conclusión

Para realizar un correcto abordaje de fisioterapia en un deportista que padezca tendinopatía rotuliana por practicar un deporte como es el baloncesto, en el cual es típica dicha lesión, debemos combinar varios factores en el tratamiento (1, 3). Durante el proceso agudo, se debe eliminar la tensión inicial del tendón. Se debe evitar el mecanismo de producción del dolor y relajar el sistema músculo-esquelético.

Se reagudizará la tendinopatía rotuliana en estado crónico para aumentar el metabolismo del colágeno provocando la irritación del tendón para desencadenar un proceso reactivo.

El objetivo de la aplicación de la EPI en una tendinopatía crónica es destruir el tejido degenerado favoreciendo una reacción inflamatoria posterior que activará los mecanismos de regeneración del tendón (4)

Posteriormente y de manera adaptativa, tras la vía estimulante, se comienza a fortalecer progresivamente el tendón para las futuras demandas. La mayoría de los resultados de la evidencia científica muestran protocolos de ejercicios isométricos, concéntricos y excéntricos para el miembro inferior de los pacientes. Los ejercicios inciden en aumentar la fuerza del cuádriceps dado que por proximidad anatómica repercute directamente en la fuerza tensional del tendón rotuliano.

Este mismo tratamiento se puede aplicar en deportistas que pertenezcan a otros sectores con demandas similares y mecanismos repetitivos que provoquen tener en común una alta tasa de lesionados con tendinopatía rotuliana, como pueden ser: el voleibol, el atletismo y el balonmano (6, 7, 8).

6 Bibliografía

1.Schwartz A, Watson JN, Hutchinson MR. Patellar tendinopathy. Sports Health 2015;7(5):415–20.

2. Figueroa D, Figueroa F, Calvo R. Patellar tendinopathy: Diagnosis and treatment. *J Am Acad Orthop Surg*. 2016;24(12):184–92.
3. Malliaras P, Cook J, Purdam C, Rio E. Patellar tendinopathy: Clinical diagnosis, load management, and advice for challenging case presentations. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2015;45(11):887–98.
4. Abat F, Gelber PE, Polidori F, Monllau JC, Sanchez-Ibañez JM. Clinical results after ultrasound-guided intratissue percutaneous electrolysis (EPI®) and eccentric exercise in the treatment of patellar tendinopathy. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2015;23(4):1046–52.
5. Everhart JS, Cole D, Sojka JH, Higgins JD, Magnussen RA, Schmitt LC, et al. Treatment options for patellar tendinopathy: A systematic review. *Arthroscopy* 2017;33(4):861–72.
6. Larsson ME, Käll I, Nilsson-Helander K. Treatment of patellar tendinopathy-a systematic review of randomized controlled trials. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy*. 2012; 20:1632–46.
7. van der Worp H, Zwerver J, Kuijer PPFM, Frings-Dresen MHW, van den Akker-Scheek I. The impact of physically demanding work of basketball and volleyball players on the risk for patellar tendinopathy and on work limitations. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2011;24(1):49–55.
8. de Vries AJ, van der Worp H, Diercks RL, van den Akker-Scheek I, Zwerver J. Risk factors for patellar tendinopathy in volleyball and basketball players: A survey-based prospective cohort study: Risk factors for patellar tendinopathy. *Scand J Med Sci Sports*. 2015;25(5):678–84.

Capítulo 175

EL MASAJE INFANTIL EN EDAD TEMPRANA

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

JORGE ROLDÁN SEGURA

JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA

ELENA SÁEZ GARCÍA

1 Introducción

El masaje infantil es un procedimiento que se realiza por parte de los padres hacia su bebé y que engloba técnicas de relajación. De origen antiguo, está resurgiendo en el ámbito sanitario del mundo occidental, especialmente en el campo de la Atención Temprana, debido a que diferentes autores señalan que este procedimiento reporta una serie de beneficios, a corto y largo plazo, tanto para los bebés como para sus padres. En relación al bebé, parece que el masaje infantil provoca una serie de cambios fisiológicos y orgánicos sobre diversos sistemas, de forma que mejoran las funciones básicas del organismo, favoreciendo, entre otras, el sueño y la relajación. En relación a los padres, diversos estudios señalan que la práctica regular del masaje infantil mejora el vínculo afectivo con su bebé, lo que influye tanto en el correcto desarrollo emocional de éste como en el de los progenitores. En los bebés con discapacidad, enfermedad permanente o riesgo de sufrir un trastorno del desarrollo, en los que habitualmente están alteradas las funciones orgánicas como el vínculo afectivo, hay estudios que señalan que el masaje infantil genera los mismos beneficios que en el resto de los niños, además

de favorecer el desarrollo y la maduración, aunque teniendo en cuenta las particularidades de cada trastorno y de cada niño. Con el presente estudio de revisión se pretende analizar los beneficios del masaje infantil en general y en diferentes trastornos del desarrollo, a fin de conocer la mayor evidencia científica disponible que nos permita fundamentar la práctica del masaje infantil, para fomentar su aplicación en el hogar de familias con bebés que acuden a tratamientos en Atención Temprana, de forma que sean los propios padres quienes en un entorno natural favorezcan el correcto desarrollo evolutivo y emocional de su bebé.

2 Objetivos

Conocer los beneficios del masaje infantil en edades tempranas y conocer que efectos provoca en los diferentes tratamientos para ello.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, IME, , ENFISPO y Scielo, además de en google Académico. Las palabras clave utilizadas fueron: masaje, infantil, desarrollo y discapacidad para comprobar a través de diferentes autores sus beneficios.

4 Resultados

El masaje infantil presenta determinados beneficios sobre diferentes aspectos de la salud y desarrollo del niño pues siendo la piel, el órgano sensorial mas extenso del cuerpo, constituye uno de los medios por el cual es percibido el mundo externo, ya que a través del sentido del tacto lleva las señales y los mensajes del medio externo al medio interno. De manera general, podemos afirmar que el contacto piel con piel provoca cambios fisiológicos que ayudan a los niños a crecer y a desarrollarse adecuadamente, y que mejora la interaccion entre los progenitores y el bebé. A continuación presentamos los hallazgos mas relevantes encontrados sobre los cambios fisiológicos que provoca el masaje infantil en diferentes sistemas y procesos organicos, asi como sus efectos sobre las interacciones entre progenitores y bebé.

EFFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO

En primer lugar se encontró que el masaje infantil estimula el sistema nervioso central. La estimulación sensorial y táctil generada por el masaje infantil, activa el proceso de mielinización y mejora la comunicación entre el cerebro y el cuerpo. Del mismo modo, el estudio realizado por demuestra que la aplicación del masaje infantil acelera el desarrollo cerebral y la maduración de la función visual.

EFFECTOS SOBRE EL SISTEMA ENDOCRINO

A nivel hormonal el masaje infantil reduce la liberación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la cual, relacionada con el estrés, juega un papel importante en mantener el estado de alerta que permite al bebé observar, sentir, participar, escuchar y experimentar, es decir: aprender; pero si el estado de alerta se mantiene durante demasiado tiempo produce estrés y el cuerpo bloquea las entradas sensoriales de manera que el proceso de aprendizaje queda totalmente detenido. El masaje infantil, al reducir la liberación de la ACTH establece el equilibrio entre tensión y relajación, facilitando, por tanto, los aprendizajes.

5 Discusión-Conclusión

El masaje infantil ocasiona destacados beneficios a los bebés, tanto en diferentes aspectos físicos y orgánicos como psicológicos, especialmente en el campo de las emociones, que influyen positivamente en su desarrollo evolutivo. Si el bebé padece algún tipo de trastorno del desarrollo, el masaje infantil incide en la mejora de determinados síntomas y secuelas derivados de dichos trastornos. El masaje infantil, aplicado por parte de los padres a sus bebés, incrementa el vínculo afectivo, aspecto especialmente relevante en las familias con bebés que presentan algún trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo, pues en estos casos suele verse alterado el vínculo afectivo con el bebé.

6 Bibliografía

1. Feminias Andreu M. El masaje infantil aplicado a la escuela: nuevas estrategias para la mejora de la calidad afectiva y emocional en atención temprana(tesis doctoral). Palma de Mallorca: Universidad de las islas Baleares; 2015.
2. Schneider V. Masaje infantil. Guía práctica para el padre y la madre. 4ª ed. Barcelona: Medici; 2015.
3. Lopez L. El masaje Infantil: conocimientos, experiencias y opiniones de profesionales de Enfermería Ginecobstrética y Perinatal. Rev. Enfermeria Actual en

Costa Rica. 2015.

4. Marquez F, Poupin L, Lucchini C. Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. *Index Enferm.* 2015; 16(57):42-46.

Capítulo 176

FISIOTERAPIA EN LUXACIÓN DE RODILLA

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

ZOSER SAURA CARRETERO

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

1 Introducción

La luxación de rodilla es una patología poco frecuente, representando menos del 0'5% del total de luxaciones articulares. La luxación de rodilla produce una lesión de las estructuras blandas estabilizadoras causando una inestabilidad multidireccional.

Suele presentarse en el contexto de pacientes politraumatizados, siendo la causa más frecuente los accidentes de circulación.

La luxación traumática de la rodilla es la disrupción completa de la integridad de la articulación tibio femoral. Se la define comúnmente como un desgarro de al menos dos de las cuatro estructuras principales de la articulación: el ligamento cruzado anterior (LCA), el ligamento cruzado posterior (LCP), la esquina postero-medial (PMC) y la esquina posterolateral (PLC). Los términos luxación y lesión multiligamentaria a menudo se usan indistintamente. Las luxaciones a menudo

resultan en lesiones ligamentarias múltiples, pero no toda lesión ligamentaria múltiple debe ser interpretada como una luxación.

Históricamente se ha comprobado que esta lesión ha tenido un pronóstico variable y puede llevar, potencialmente, al compromiso vital del miembro lesionado. Representa entre 0,02%-0,2% de las lesiones ortopédicas y se ha demostrado, pese a que su manejo es controvertido, que el diagnóstico temprano tiene un impacto significativo en el resultado funcional a largo plazo, mejorando la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

Describir a partir de un caso clínico los síntomas de la luxación de rodilla, sus efectos y tratamiento adecuado.

3 Caso clínico

Mujer de 35 años, nadadora profesional, acude a servicio de urgencias del hospital con un dolor intenso en la rodilla derecha tras realizar un movimiento excesivo de alta velocidad de miembros inferiores durante su actividad deportiva. Tras realizar la exploración médica se diagnostica de luxación de rótula derecha. Se reduce por el traumatólogo, se le coloca una rodillera ortopédica y se le entrega una muleta para poder desplazarse en la vía pública. Posteriormente, se maneja con antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos vía oral y crioterapia para aplicar en su domicilio. Tras 2 semanas de reposo, se remite a fisioterapia para empezar con el tratamiento rehabilitador.

La paciente presenta limitación para realizar la flexión y extensión activa y pasiva, inflamación y dolor de 7 en escala visual analógica del dolor.

Se pauta un tratamiento de 12 semanas para realizar en días alternos, comenzando las 4 primeras semanas con ultrasonido pulsátil, TENS analgésicos, movilizaciones pasivas, reeducación de la marcha y crioterapia post-tratamiento.

Cumplido este periodo, disminuyó la inflamación y el dolor bajó a 5 en escala visual analógica del dolor y se incorporó al tratamiento ejercicios activos e isométricos para aumentar el balance articular y la masa muscular en la musculatura de miembro inferior de la paciente.

Tras 8 semanas de tratamiento, la paciente disminuyó el dolor a 2 en escala visual analógica del dolor, la inflamación remitió, aumentó el tono muscular y el balance articular, a falta de los últimos grados de flexión activa y pasiva de rodilla

derecha. Al terminar el tratamiento tras 12 semanas, la paciente seguía presentando limitación en los últimos grados de flexión y leve falta de fuerza asociada. El dolor y la inflamación remitieron y realizaba la marcha de forma correcta.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, el tratamiento escogido no fue totalmente efectivo, ya que la paciente seguía presentando limitación para realizar los últimos grados de flexión activa y pasiva de rodilla derecha con falta de fuerza muscular en miembro inferior.

Pienso que se podría haber pautado un programa de ejercicios concéntricos para aumentar el balance muscular de forma más notoria, para así mejorar el apoyo aumentando la seguridad y la calidad de vida de la paciente. Por otro lado, habría sido de utilidad enseñar ejercicios autopasivos a realizar de forma domiciliaria para conseguir un balance articular completo en la flexión de rodilla derecha.

5 Bibliografía

- Levy B, Fanelli G, Whelan D, Stannard J, MacDonald P, Boyd J y cols. Controversies in the treatment of knee dislocations and multiligament reconstruction. *J Am Acad Orthop Surg* 2008; 17:197-206. 2. Good L, Johnson R. The dislocated knee. *J Am Acad Orthop Surg* 1995; 3:284-92.
- Maslaris A, Brinkmann O, Bungartz M, Krettek C, Jagodzinski M, Liodakis E. Management of knee dislocation prior to ligament reconstruction: what is the current evidence? Update of a universal treatment algorithm. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2018; 28(6):1001-15. doi: 10.1007/ s00590-018-2148-4.
- Moatshe G, Chahla J, LaPrade RF, Engebretsen L. Diagnosis and treatment of multiligament knee injury: state of the art. *J ISAKOS* 2017; 2(3):152-61. doi: 10.1136/jisakos-2016-000072.
- Court-Brown CM, Heckman JD, McQueen MM, Ricci WM, Tornetta III P, eds. *Rockwood and green's fractures in adults*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2015.

Capítulo 177

DETECCIÓN DEL CARÁCTER SECRETOR DE LOS ANTÍGENOS DEL GRUPO SANGUÍNEO ABH EN LA SALIVA Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE VEJIGA

MARÍA TERESA GONZALEZ NUÑEZ

FÁTIMA ARTIME GARCÍA

SARA CARRERA QUIROGA

LIDIA ALAEZ ALVAREZ

MARTA MARÍA RECIO GARCÍA

1 Introducción

Las sustancias H, A y B del sistema de grupos sanguíneos ABH pueden encontrarse, además de en la superficie de eritrocitos, en los fluidos corporales, como antígenos solubles.

La secreción de estas sustancias, es decir, su presencia en fluidos corporales es determinada por dos genes alélicos: el Se y el se.

Así pues, las personas secretoras son aquellas cuyo genotipo es SeSe o Sese; mientras que, las no secretoras, son las que poseen un genotipo sese.

Frecuentemente, se analiza la saliva para determinar si una persona es secretora o no. Esto se debe a que ésta es una muestra fácil de obtener y, además, los antígenos del sistema ABH se encuentran en ella a una alta concentración, si la persona es secretora.

Una persona secretora tiene presentes en su saliva los antígenos del sistema ABH que se encuentra en la superficie de sus hematíes. Debido a ello, al poner en contacto su saliva con sueros que contienen anticuerpos dirigidos específicamente contra esos antígenos, se verifica un bloqueo de estos últimos. Por consiguiente, al añadir a la mezcla anterior, los hematíes susceptibles de ser, no se producirá una aglutinación de los mismos.

Por el contrario, si la persona no es secretora, no tiene presentes en su saliva los antígenos del sistema ABH que se encuentran en la superficie de sus hematíes. Debido a ello, al poner en contacto su saliva con sueros que contienen anticuerpos dirigidos específicamente contra estos antígenos, no se verifica un bloqueo de estos últimos. Por consiguiente, al añadir a la mezcla anterior, los hematíes susceptibles de ser aglutinados, se producirá una aglutinación de estos últimos. Como en esta prueba lo que indica positividad (posesión de un carácter secretor) es la ausencia de aglutinación y lo que indica negatividad (carencia de carácter secretor) es la aparición de aglutinación, se dice que es una técnica de inhibición de la hemaglutinación.

Existe una amplia evidencia que el cáncer esta asociado con anormalidades en la regulación génica expresada en la superficie de la membrana celular. Una alteración en la misma puede bloquear directamente o derivar la síntesis y organización de las moléculas superficiales de la célula que median la interacción, el desarrollo y la diferenciación.

2 Objetivos

Conocer la metodología que se utiliza para detectar el carácter secretor de los antígenos del grupo sanguíneo ABH en una muestra de la saliva.

Investigar la relación entre la expresión antigénica ABH de descamación urotelial y el carácter secretor en pacientes con cáncer de vejiga.

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

Procesamiento de la muestra.

De 2 a 5 ml de saliva, recogida en un recipiente apropiado o, directamente, en un tubo de ensayo. Esta saliva debe ser procesada de la siguiente forma:

1. Calentar la saliva, poco tiempo después de su recolección, durante 10 minutos en un baño de agua previamente ajustado a temperatura de ebullición. Con esto se pretende la destrucción de las enzimas salivales.
2. Centrifugar la saliva, durante 5 minutos, a unas 3500rpm. Tras esto, se ha de obtener un sobrenadante claro.
3. Recoger el sobrenadante y transferirlo a un tubo de ensayo limpio, previamente rotulado con las siglas “MS” (muestra de saliva) y con la fecha de procesamiento.
4. Conservar la muestra de saliva, convenientemente procesada, a 2-8°C, hasta el día de su análisis. También puede congelarse la muestra, durante periodos largos de tiempo.

Técnica.

1. Rotular un tubo de ensayo con la letra C (control) y otro con la letra T (test).
2. Situar, en ambos tubos, 1 gota de la lectina o del antisuero capaz de reaccionar con el antígeno que se pretende detectar (H, A o B). El antisuero o lectina a utilizar depende del grupo AB0 al que pertenece la persona investigada.
3. Añadir una gota de saliva procedente de una persona no secretora, en el tubo C, y una gota de la muestra, en el tubo T.
4. Agitar el contenido de ambos tubos hasta obtener una buena mezcla de las sustancias que contienen.
5. Incubar ambos tubos, a temperatura ambiente (20-25°C) durante 10 minutos.
6. Agregar a cada tubo una gota de suspensión de hematíes, que presenta el antígeno sometido a estudio.
7. Agitar el contenido de ambos tubos hasta obtener una buena mezcla de todas las sustancias que contienen.
8. Incubar los dos tubos, a temperatura ambiente, durante 5 minutos.
9. Inmediatamente después, centrifugar el contenido de ambos tubos, a unos 3500rpm, durante unos 20 segundos.

10. Mediante un suave golpeteo ejercido con los dedos, resuspender el botón sedimentario formado en el fondo de cada uno de los tubos.

Existe aglutinación cuando aparecen unos grumos rojos que flotan en un líquido claro. En el caso contrario, los hematíes se resuspenden homogéneamente, dando lugar a un líquido de color rojizo.

En esta prueba, la presencia de aglutinación es considerada como un resultado negativo y la ausencia de aglutinación indica un resultado positivo.

Un resultado negativo se produce en personas no secretoras y un resultado positivo en personas secretoras.

Si los aglutinados formados son débiles, una vigorosa agitación durante la resuspensión del botón sedimentario, puede dispersarlos y dar lugar a una errónea lectura del resultado.

Pueden aparecer falsos positivos o negativos a consecuencia de una contaminación de los reactivos, un inadecuado almacenamiento de los mismos, una incorrecta incubación o centrifugación, una omisión de alguno de los reactivos y en determinados procesos patológicos.

Aproximadamente, el 80% de las personas de raza caucásica son secretoras. En el 90% de la población, también se encuentra una gran cantidad de antígenos Lewis, en la saliva.

Atendiendo a la presencia o ausencia, en la saliva, de antígenos de los sistemas ABH y Lewis, se clasifica a los individuos en cuatro grupos distintos:

- Individuos secretores ABH y que también expresan antígenos del sistema Lewis. Representan el 70% de la población.
- Individuos no secretores ABH, pero que expresen antígenos Lewis (principalmente del a). Constituyen el 20% de la población.
- Individuos secretores ABH, pero que no expresan antígenos Lewis. Representan el 9% de la población.
- Individuos no secretores ABH y que tampoco expresan antígenos Lewis. Constituyen el 1% de la población.

En los pacientes con cáncer de vejiga, el 69.69% resultó secretor, de los cuales el 65.21% conserva la expresión antigénica ABH. Solo el 30% de los pacientes no secretores se detectó la presencia de antígeno ABH.

5 Discusión-Conclusión

El estudio del carácter secretor podría tener un valor predictivo en la evolución del tumor de vejiga.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos, podemos observar que el carácter no secretor está aumentado en la población de pacientes con cáncer de vejiga respecto de la población normal.

La delección observada en las células tumorales podría ser consecuencia de un paro en la maduración de los antígenos celulares, afectando también al sistema secretor.

Nos indicaría que los pacientes con cáncer de vejiga no secretores desarrollarían tumores con mayor grado de infiltración respecto de los pacientes secretores.

Los glucoconjugados de membrana de las células epiteliales del urotelio presentan ciertos carbohidratos antigénicos relacionados con las sustancias de grupo sanguíneo. Durante la progresión a la malignidad, estos oligosacáridos inmunodominantes sufren alteraciones específicas. El cambio más frecuente y destacable en la determinación del grupo sanguíneo asociado con cáncer humano es la delección de antígenos de grupos sanguíneos A o B.

6 Bibliografía

1. Fundamentos y Técnicas de Análisis Hematológicos y Citológicos. Paraninfo s.a.2010. Faustina Rubio Campal. Benjamín García Espinosa. Manuel Carrasco Carrasco.
2. <https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/download/2913/2862>

Capítulo 178

DETERMINACIÓN DE GLUCOSA EN SANGRE

ANA PÉREZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Podemos definir a la glucosa como un tipo de azúcar que se presenta en sangre procedente de los hidratos de carbono que ingerimos con la dieta. Nuestro cuerpo se sirve de ella para obtener energía, es una de sus principales fuentes, por ejemplo, el cerebro.

Habitualmente, la glucosa en sangre conocida como Glucemia, solo aumenta sus niveles en sangre, tras las comidas, debido a que el páncreas libera insulina con el fin de que la glucosa no aumente excesivamente. La insulina es una hormona que es producida en el páncreas y cuyo objetivo es ejercer de ayuda a la introducción de glucosa en el interior de las células. La insulina se libera desde el páncreas a la sangre en el momento en que hay un aumento de la cantidad de glucosa en sangre. Cuando se dan unos niveles altos de glucosa en sangre durante mucho tiempo (diabetes mellitus), existe el riesgo de provocar daños en los nervios, los ojos, los vasos sanguíneos y en los riñones.

El hecho de efectuar análisis de los niveles de glucosa en sangre son una herramienta que va a proporcionar a los profesionales sanitarios una gran ayuda para el control, tratamiento y prevención de la diabetes.

2 Objetivos

Establecer las pruebas diagnósticas para determinar las causas que producen la presencia de glucosa en la sangre de los pacientes.

Causas probables de la presencia de glucosa en sangre.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo para elaborar el presente capítulo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica acerca de la literatura científica que existe. Se ha efectuado una búsqueda sistemática de revistas y libros, así como, la consulta de artículos en las principales bases de datos, tales como: Pubmed, Medline, y Scielo, haciendo una selección de artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y posteriores a 2016.

4 Resultados

Podemos servirnos de distintas pruebas que determinan la presencia de la glucosa en la sangre:

- **Determinación de glucemia en ayunas:** Esta prueba indica los niveles de azúcar en sangre después de efectuar un ayuno mínimo de 8 horas. Recurrimos a ella como primera opción en el diagnóstico de trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, prioritariamente las hipoglucemias y la diabetes mellitus.
- **Determinación de la Glucemia postprandial:** Después de comer, lo normal es que aparezca una ligera elevación de los niveles de glucosa en sangre durante las 2 primeras horas tras comer. Los Niveles no deben ser superiores a los 160 mg/dL (glucemia postprandial) durante los 60-90 minutos posteriores a la comida, deben volver a los valores normales en las siguientes 3 horas.
- **Determinación de la Glucemia aleatoria o al azar:** En este caso la cantidad de glucosa se medirá tomando una muestra de sangre en cualquier hora, sin tener en cuenta la ingesta o no de alimentos y el tiempo transcurrido. Cuando el paciente está sano, estos niveles no van a variar de manera significativa a lo largo del día. Por ello, si hubiese grandes oscilaciones de glucosa sería indicativo de una patología. La glucemia en niveles aleatorios que dan como resultado mayor o igual a 200 mg/dL (11,1 mmol/L) son sospechosos de existencia de diabetes.
- **Determinación Test de sobrecarga oral a la glucosa:** Se efectúa en determinados pacientes con el fin de averiguar si son diabéticas o no o para sopesar el riesgo de un posible desarrollo de la enfermedad en un futuro. Se trata de administrar, en ayunas, un preparado que contenga 75g de glucosa, valorando los niveles de glucosa en sangre antes de su ingesta, transcurrida una hora y transcurridas dos horas. Esta determinación es utilizada para el diagnóstico de la diabetes gestacional.

- Determinación de Hemoglobina glicosilada (HbA1C): Valora la cantidad de azúcar que se adhiere a los glóbulos rojos. Utilizada para diagnosticar la diabetes. Controla también la diabetes en los últimos 2 o 3 meses con el fin de hacer cambios en los tratamientos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

Las determinaciones de glucosa en sangre (glucemia) son relativamente sencillas y están indicadas para:

Efectuar el diagnóstico en caso de trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono: hipoglucemias, prediabetes y diabetes.

Efectuar los controles en los tratamientos de la diabetes.

Efectuar una valoración de la existencia de diabetes durante el embarazo.

Se toma como muestra una gota de sangre de la vena del brazo. Habiendo informado al especialista de los medicamentos, suplementos o hierbas que se están tomando.

Es muy importante, en el caso de padecer diabetes, saber efectuar análisis de manera autónoma, como herramienta para tratar y prevenir complicaciones. Existen dispositivos en el mercado que facilitan esto.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA:

1. R. Belazzi, G. Nucci y G. Cobelli, "The Subcutaneous Route to Insulin-Dependent Diabetes Therapy", IEEE Engineering in Medicine and Biology, 20(2001), 54— 64.
2. E.F. Camacho y C. Bordona, Model Predictive Control, Springer Verlag London Limited (1999).
3. D.U. Campos-Delgado, R. Femat, E. Ruiz-Velázquez y A. Gordillo-Moscote, "Knowledge-Based Controllers for Blood Glucose Regulation in Type I Diabetic Patients by Subcutaneous Route", Proceedings of the International Symposium on Intelligent Control, Houston, 3-5 October (2003).
4. L.M. Dickerson, "Insulin Therapy in the Treatment of Diabetes Mellitus", <http://www.musc.edu/dfm/pharmdMed%20Resident/insulin.pdf>, (1999).

5. E.D. Lehmann y T. Deutsch, "Compartmental models for glycaemic prediction and decision-support in clinical diabetes care: promise and reality", *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 56(1998), 193— 204.
6. E.D. Lehmann, "The freeware AIDA Interactive educational diabetes simulator - <http://www.2aida.org>
- (1) A download survey for AIDA v4.0", *Diagnostica and Medical Technology*, 7(2001), 504-515.
8. S.M. Lynch y B.W. Bequette, "Model Predictive Control of Blood Glucose in Type I Diabetics Using Subcutaneous Glucose Measurements", *Proceedings of the American Control Conference*, Anchorage, AK, May 8-10 (2002).
7. R.S. Parker, F.J. Doyle III y N.A. Peppas, "A ModelBased Algorithm for Blood Glucose Control in Type I Diabetes Patients", *IEEE Transactions on Biomedical Engineering*, 46(1999), 148-156.
- 10.J. Radziuk y S. Pie, "Hepatic Glucose Uptake, Gluconeogenesis and the Regulation of Glycogen Synthesis", *Diabetes Metabolism, Research and Reviews*, 17(2001), 250-272.
8. T. Shimauchi, N. Kugai, N. Nagata, and O. Takatani, "Microcomputer-Aided Insulin Dose Determination in Intensified Conventional Insulin Therapy", *IEEE Transactions on Biomedical Engineering*, 35(1988), 167-171.
- 9.J.T. Sorensen, "A Physiologic Model of Glucose Metabolism in Man and its Use to Design and Assess Improved Insulin Therapies for Diabetes", Ph.D. Dissertation, Chemical Engineering Department, MIT, Cambridge (1985).
10. L.X. Wang, *A Course in Fuzzy Systems and Control*, Prentice-Hall, Upper Saddle River (1997).
11. Prados-Vilchez, A., Rodríguez-Herrero, A., PérezGandía, C., Gómez, E.J. & Hernandez, M.E. 2009, "Predictor Dinámico Paramétrico de la Glucosa Subcutánea en Diabetes Tipo 1: Muestreo y Filtrado", XXVII Congreso Anual de la Sociedad Española de Ingeniería Biomédica, pp. 640.

Capítulo 179

DETERMINACIÓN DE SANGRE EN LA ORINA

ANA PÉREZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Cuando la orina presenta sangre, se denomina “hematuria” suele ser un indicativo de algún tipo de patología renal o en otra parte de las vías urinarias, aunque esto no siempre es así, puede obedecer también a determinadas infecciones, actividad sexual, lesiones o, en el caso de las mujeres, al período (menstruación) para descartar hay que realizar determinadas pruebas diagnósticas, entre las más determinantes se encuentran los análisis de orina y sangre.

Es muy importante actuar si se detecta sangre en la orina, informando al profesional sanitario que deberá determinar los pasos a seguir.

El en caso de presentar gran cantidad de sangre en la orina o de coágulos, deberá comunicarse inmediatamente con el médico

En el laboratorio se analizará la muestra para determinar si hay una insuficiencia renal, señales de infección u otros problemas.

El tratamiento va a depender de la causa que motive la hematuria. Para encontrar el origen el profesional sanitario le hará preguntas sobre los antecedentes familiares y posteriormente le realizará un análisis de orina. En el laboratorio se efectuará el análisis de la muestra de orina descartando las infecciones, insuficiencia renal u otros problemas.

En el caso de que la presencia de sangre en la orina fuese debita a una infección, es posible que el profesional sanitario le recete un antibiótico. Si las causas fuesen de otra índole, requerirán de otros tratamientos.

2 Objetivos

Establecer las pruebas diagnósticas para determinar las causas que producen hematuria en los pacientes.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo para elaborar el presente capítulo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica acerca de la literatura científica que existe. Se ha efectuado una búsqueda sistemática de revistas y libros, así como, la consulta de artículos en las principales bases de datos, tales como: Pubmed, Medline, y Scielo, haciendo una selección de artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y posteriores a 2016.

4 Resultados

Cuando la orina presenta un color rojizo, rosado, rojo o color café, es posible que contenga sangre. Esto, a veces, no se percibe hasta que se realiza una analítica de orina.

El profesional determinará a través de las siguientes pruebas las causas de la hematuria:

- El estudio de la historia clínica
- Realizar una exploración física.
- Efectuar la analítica de orina.
- Otras pruebas adicionales

Estudio de la historia clínica: consultar la historia clínica del paciente es un método de ayuda para establecer un diagnóstico de la causa de sangre en orina.

El profesional de atención médica puede consultar o pedir al paciente el acceso a su historia clínica, donde revisará la lista de los medicamentos que toma con receta y los de venta libre. También interrogará al paciente sobre las afecciones médicas actuales y pasadas.

Generalmente al realizar una exploración física el profesional practicará unos leves golpes en el abdomen y sobre la espalda del paciente con el fin de detectar si hay dolor o sensibilidad en la parte de los riñones o sobre la vejiga. Cabe la posibilidad de realizar un tacto rectal con el fin de detectar si existe algún problema de próstata o en el caso de las mujeres practicar un tacto vaginal con el fin de localizar el origen de glóbulos rojos en la orina.

Análisis de orina: En el consultorio se puede hacer una primera determinación de sangre en orina mediante una tira reactiva o, si lo considera, enviar la muestra de orina al laboratorio. También, antes de emitir otras pruebas, el profesional de atención médica puede hacer un análisis de la muestra en el microscopio en busca de glóbulos rojos.

Es importante saber si la paciente menstruó en los días previos ya que, la sangre de la menstruación contamina la muestra de orina y puede generar un falso positivo en hematuria.

Otras pruebas adicionales: Análisis de sangre, Tomografía computarizada, Cistoscopia, Biopsia del riñón, Imágenes por resonancia magnética.

5 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente acude con síntomas de hematuria los profesionales de atención médica van a efectuar el tratamiento en relación a la causa subyacente. En el caso de que no existan afecciones graves que estén causando la presencia de la sangre en orina, generalmente el paciente no va a necesitar tratamiento médico. La alimentación, la dieta y la nutrición, si bien los estudios de investigación no han encontrado evidencias de que desempeñen un papel importante en la prevención o en la causa de la hematuria, es sumamente importante para todas las patologías una dieta sana y saludable sin exceso de grasas ni calorías.

6 Bibliografía

- [1]stevens LA, Levey AS. Measurement of kidney function. Med Clin North Am 2005;89:457. [Pubmed]
- [2]European best Practice Guidelines for Peritoneal dialysis: nephrol Dial Transplant 2005;20(9):3.
- [3]Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Kidney Dis 2003;41:1-12. [Pubmed]
- [4]Gracia S, Monta????s R, Bover J, Cases A, Deulofeu R, Mart??n de Francisco AL, Orte LM. Documento de consenso: recomendaciones sobre la utilizaci??n de ecuaciones para la estimaci??n del filtrado glomerular en adultos. Nefrolog??a 2006;26:658-65. [Pubmed]
- [5]K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. National Kidney Foundation. Am J Kidney Dis

2002;39(2,1):S1-266.

[6]Lesley A, Stevens, Yaping Zhang, Christopher H. Schmid. Evaluating the performance of equations for estimating glomerular filtration rate. J Nephrol 2008;21:797-807. [Pubmed]

[7]Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of clearance from serum creatinine. Nephron 1976;16:31-41. [Pubmed]

Capítulo 180

EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO ANTE LOS CUIDADOS DE PACIENTES EN UCI

NOELIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La radiografía de tórax en el paciente crítico se realiza en la unidad de cuidados intensivos UCI en la mayoría de los casos. Se deben conocer las características generales de la técnica, si se precisa movilizar al paciente, el grado de invasividad y si hay la posibilidad de administrar contraste, además de la duración de ella. También es importante saber tomar medidas en relación con la utilización de radiación ionizante en las UCI, protegiendo a los pacientes y asegurando el mínimo de exposiciones, para en consecuencia disminuir la dosis de radiación. En la actualidad, otro aspecto destacado es la gestión del proceso de la prueba, desde su solicitud hasta la entrega del resultado y en su caso del informe radiológico que la acompaña. Los sistemas de información radiológica y los sistemas de comunicación y archivo de imagen radiológica, posibilitan visualizar las imágenes de los pacientes poco tiempo después de haberlas realizado en monitores en la UCI, con lo que se convierten en una herramienta de gran valor a causa de la inmediatez con la que se dispone el estudio. La Rx, anteroposterior es la técnica radiográfica más solicitada en la UCI, es una técnica rápida y sencilla, aporta información valiosa sobre el estado clínico del paciente de manera inmediata.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- conocer dicha enfermedad

Objetivos secundarios:

- Describir los síntomas de los pacientes

- saber que medidas tomar en cada caso

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica ya existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

A partir del conocimiento anatómico y de la anatomía radiológica, se pueden interpretar las imágenes radiográficas obtenidas y valorar las alteraciones de la normalidad y su implicación en el estado clínico del paciente.

La RX esta indicada como técnica de primera elección en el estudio del aparato respiratorio, vía aérea y parénquima pulmonar ya que aporta una visión general de forma rápida y precisa del estado cardiorespiratorio del paciente, así como de la enfermedad. Es útil para valorar afección pleural, presencia patológica en el espacio pleural de aire, líquido o tumoraciones. La valoración de la silueta cardiovascular y del mediastino permite descartar signos de fallo, así como la dilatación de grandes vasos mediastínicos. Es de utilidad en la valoración de lesiones óseas de la cintura escapular, cuerpos vertebrales y arcos costales.

Otra de las utilidades de la RXT, especialmente en los pacientes críticos, es la localización, catéteres, vías, tubos, intraqueales y sondas nasogástricas.

Normalmente estos dispositivos están dotados de un hilo radiopaco que hace posible su diferenciación en la imagen. Para facilitar la visión del catéter, la radiografía se presenta más penetrada, más oscura para que resalte la densidad metálica y la radiopacidad del catéter. Esto puede dificultar la valoración de los campos pulmonares que se visualizan excesivamente oscuros, en algunos casos, es preciso inyectar contraste yodado en el catéter para visualizar su recorrido y

la posición exacta por la trascendencia clínica que esta puede tener, si se administra contraste yodado, hay que descartar, previamente, posibles alergias a éste y prestar atención a posibles reacciones adversas. La RXT se realiza levantando ligeramente al paciente y colocando el chasis portapelículas en contacto directo con la espalda, si el paciente está consciente notará una estructura dura e incómoda.

5 Discusión-Conclusión

En estos momentos la gran mayoría de centros asistenciales disponen de sistemas de adquisición de imagen radiológica digital. Estos sistemas permiten obtener una imagen digitalizada, que se gestiona en todo momento sin necesidad de soporte físico para su archivo, visualización y manipulación en las consolas y monitores de la UCI o del servicio de radiología, con el fin de compararla con exploraciones anteriores desde cualquier monitor del centro asistencial. La posibilidad de modificar la imagen obtenida en una sola adquisición propicia, sobre todo en pacientes poco susceptibles de movilización o manipulación y con necesidad de múltiples radiografías como los ingresados en la UCI.

En definitiva la realización de radiografías en la UCI esta sujeta a los condicionantes de un entorno de máxima tecnificación y de curas muy especializadas. Teniendo en cuenta que la RXT en pacientes críticos se puede llevar a cabo prácticamente a diario, la realización de las radiografías y la dosis de radiación que ello supone hacen necesario ajustar al máximo la técnica para asegurar la radioprotección del paciente y del personal sanitario, y así evitar repeticiones o radiografías innecesarias.

6 Bibliografía

1. P.Kelly-Heidenthal,m.O,Connor .A.Brainsky, R.H.Fletcher, H.A Glick,P.N Lanken, F.Garcia-Cordoba, J.M.Garcia-Santos,G.Gonzalez Díaz.

Capítulo 181

TAC ESPECTRAL DE 256 CORTES ÚLTIMA TECNOLOGÍA

MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA

ANA BELEN ORTEGA GARCIA

RAMIRO RUIZ GARCIA

MARIA DOLORES BELLON COBO

MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME

1 Introducción

Es un sistema inteligente que reduce las exploraciones y los seguimientos.

Es un sistema inteligente que proporciona imágenes espectrales de alta calidad para cada paciente en cada exploración y durante todo momento, ayudando a mejorar la caracterización y reduciendo las exploraciones y los seguimientos, todo ello con los mismos niveles de dosis que las exploraciones convencionales.

Este equipo permite realizar diagnósticos con mayor precisión y cuantitativos gracias a la información espectral de calidad disponible en todo tipo de estudios y pacientes (cardíacos, pediátricos y los bariátricos) con la mínima dosis de radiación. Genera 256 cortes en cada rotación y es el único disponible con un detector espectral de 8 cm capaz de discriminar las energías, obteniendo la máxima información y calidad en pocos segundos, como por ejemplo, en estudios toraco-abdomino-pélvicos en tan solo dos segundos.

La adquisición siempre es espectral, por lo que no requiere modificar el protocolo de adquisición y esa información ya nunca se pierde favoreciendo los hallazgos incidentales y la reducción de pruebas posteriores. Este novedoso sistema facilita las exploraciones difíciles con frecuencias cardíacas altas e irregulares, sin comprometer la calidad de la imagen, la dosis de contraste o el flujo de trabajo.

Análisis de la perfusión pulmonar, cerebral o miocárdica, estudios coronarios... Entre las numerosas ventajas y aplicaciones del nuevo TAC, destaca la mayor resolución de bajo contraste: se detectan mucho antes las lesiones, reducción de dosis de radiación y de contraste, análisis cuantitativo de la captación de contraste de las lesiones, análisis de la perfusión pulmonar, cerebral o miocárdica, estudios coronarios a pacientes que, por alto nivel de calcio, antes no eran candidatos para estudios de cardio TC y análisis de fibrosis del miocardio en un único estudio.

2 Objetivos

Describir la utilidad del TAC espectral de 256 cortes

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

Tac espectral de abdomen.

Podemos obtener imágenes con energía dual por múltiples métodos:

Doble fuente: dos tubos angulados entre sí, uno a baja y otro a alta energía que scanear simultáneamente.

Cambio rápido de voltaje: un único tubo cambia rápida y constantemente de voltaje.

Doble detector: dos capas de detectores, donde la capa superficial detecta fotones de baja energía y la profunda detecta fotones de alta energía.

Aplicaciones generales

Imágenes sin contraste virtual (SCV): se obtienen sustrayendo virtualmente el yodo de la adquisición con contraste, reduciendo así la dosis de radiación y el número de estudios.

Imágenes Monoenergéticas (ME): simula una adquisición realizada por un sólo haz, al nivel de energía deseado (en keV). Las imágenes ME de baja energía son útiles para acentuar el contraste tanto en los vasos como en estructuras realzadas ya que incrementa la atenuación del yodo. Las imágenes ME de alta energía permiten disminuir en artefacto por endurecimiento del haz, principalmente ante la presencia de material metálico.

Mapas de yodo: una de las aplicaciones más utilizadas para la caracterización de lesiones. Aunque el umbral de cantidad de yodo contenido en una lesión para afirmar que ésta realza contraste aún no está claramente establecida, los mapas de yodo han demostrado su utilidad para valorar el grado de realce y correlacionar su comportamiento.

Aplicaciones órgano-específicas

Hígado. Las imágenes ME de baja energía permiten una mejor visualización de lesiones hipervasculares (aplicado principalmente al HCC y al TNE); pequeñas lesiones hipocaptantes (metástasis) y de estructuras vasculares, de gran utilidad para la evaluación de la anatomía pretrasplante y valoración de hemorragia. Los mapas de yodo también han demostrado su utilidad en la detección de trombosis portal, en la valoración de la captación y lavado del HCC y en la evaluación de la fibrosis y esteatosis.

Páncreas. Mayor detección de adenocarcinomas, que pueden pasar desapercibidos como una tenue hipodensidad en la TC convencional, y de su relación vascular a través de imágenes ME de baja energía y mapas de yodo. En las pancreatitis han demostrado ser de ayuda en la valoración de captación de contraste en las pancreatitis agudas y detección de calcificaciones en las pancreatitis crónicas. La diferenciación entre una colección o masa secundaria a una pancreatitis crónica del adenocarcinoma es más problemática pero la cuantificación de yodo es prometedora en este campo.

Vía biliar. Detección de colelitiasis y coledocolitiasis de colesterol a través de imágenes ME, que se muestran isodensas a la bilis en la TC convencional, lo que supondría un ahorro de pruebas complementarias. También la valoración del realce de la pared de la vesícula en los mapas de yodo en sospechas de colecistitis gangrenosa.

Riñones. Las imágenes SCV permiten distinguir lesiones que realzan contraste de

aquellas que no lo hacen, sin necesidad de ampliar estudios reduciendo tiempo y costes. Esto es especialmente útil para diferenciar incidentalomas renales de naturaleza quística dudosa de masas renales sólidas. Las imágenes ME de baja energía resaltan la presencia del yodo permitiendo la reducción de dosis de contraste en los estudios de uroTC. Por último, la descomposición de materiales permite diferenciar la composición de las nefrolitiasis (principalmente las de ácido úrico).

Glándulas suprarrenales. La principal aplicación de la imagen espectral en la patología adrenal es la identificación de adenomas. Las imágenes SCV permiten valorar la densidad de los adenomas incidentales y caracterizarlos sin necesidad de repetir más estudios.

Tubo digestivo. Detección de hemorragia activa gastrointestinal a través de las imágenes ME de baja energía y a las imágenes SCV. Los mapas de yodo permiten una mejor evaluación de segmentos hipocaptantes en la isquemia mesentérica y mejor identificación de inflamación intestinal en la enfermedad de Crohn o en la apendicitis aguda (incluyendo apendicitis gangrenosa).

Genital. Es el campo menos estudiado en profundidad, pero los hallazgos son prometedores, principalmente en el estudio tumoral (invasión del miometrio en cáncer de endometrio, respuesta a quimio y radioterapia en neoplasias de cérvix o diferenciación de ganglios normales de patológicos).

5 Discusión-Conclusión

La TCED permite realizar un análisis específico por materiales además del análisis anatómico de la TC convencional.

Los principales métodos de adquisición son la doble fuente, el cambio rápido de voltaje y la doble fila de detectores.

Las aplicaciones más usadas derivadas de la energía dual son las imágenes sin contraste virtual, imágenes monoenergéticas a diferente KeV y la concentración de yodo.

La imagen dual permite acentuar el contraste en los diferentes tejidos, reducir el artefacto metálico, disminuir el número de estudios y caracterizar lesiones.

Se trata de una revisión completa que aporta una visión muy amplia y actualizada de todos los beneficios que está aportando el uso de la energía dual en la imagen abdominal, ofreciendo una perspectiva global e integrada para el lector. También revisa las principales herramientas que más rendimiento han demostrado (IME, ISCV y mapas de yodo) de forma breve y sencilla.

Como aspectos negativos me parece que las imágenes incluidas podían ser más ilustrativas e incluir más ejemplos de cada grupo o también incluir algún cuadro resumen para hacer más ligera la lectura.

6 Bibliografía

<https://cbseram.com/2021/11/16/tc-espectral-del-abdomen-donde-nos-encontramos-ahora/>

<https://www.dsalamanca.es/sanidad/primer-tac-espectral-de-espana>

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/el-oportunista-farmac-low-cost-merma-la-idea-de-industria-local-fuerte-7643>

<https://farmacosalud.com/presentado-el-primer-tac-espectral-de-256-cortes-de-espana/>

Capítulo 182

LA REALIDAD VIRTUAL APLICADA AL APRENDIZAJE EN RADIOLOGÍA

MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA

ANA BELEN ORTEGA GARCIA

RAMIRO RUIZ GARCIA

MARIA DOLORES BELLON COBO

MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME

1 Introducción

La realidad virtual y las gafas que soportan esta tecnología serán tendencia durante este año y seguirán consolidándose durante los próximos.

Antes de comenzar, es importante diferenciar entre la realidad aumentada (RA) y virtual (RV). La RA incorpora a nuestro campo de visión que tenemos frente a nosotros, capas de información digital en forma de imágenes, hologramas o texto. Esto no ocurre con la RV, que nos abstrae completamente de la realidad, llevándonos a otros mundos o situaciones, esta experiencia puede reforzarse añadiendo sonidos o plataformas físicas donde poder movernos.

Uno de los usos más evidentes es el ámbito de los videojuegos, pero ¿Qué otras aplicaciones pueden darse en el mundo de la medicina?

Analizando el mercado, tecnologías y profesionales, nos damos cuenta que el potencial es enorme para la medicina y la educación de profesionales sanitarios.

Para el tratamiento de pacientes

- Terapia de Exposición (Tratamiento de Fobias): Estas fobias llevan en ocasiones a reacciones extremas, ataques de ansiedad o pánico. La RV permite a un terapeuta controlar el grado de exposición de un paciente a una situación particular (salir a la calle, volar en avión, etc.) o un objeto (araña, serpientes, etc.)
- Gestión del dolor: Los médicos esperan que la terapia de distracción a través de la realidad virtual podría ayudar a conseguir una reducción de dolor y ansiedad en tratamientos dolorosos o incómodos para el paciente. Podríamos llevar al paciente a un entorno relajante y “sacarle” de la sala de tratamiento.
- Cirugía robótica virtual: En el campo de la tele-cirugía remota en el que la cirugía es realizada por el cirujano en un lugar separado para el paciente. La cirugía se lleva a cabo por medio de un dispositivo robótico – controlado por un cirujano en remoto, que están viendo desde sus gafas lo que ocurre y dando instrucciones al robot por medio de guantes adaptados. Reduciendo el tiempo de intervención y el riesgo de complicaciones.
- Evaluación de daño cerebral y rehabilitación: A través de diferentes pruebas llevamos al paciente a interactuar en situaciones comunes o que requieran de su interacción, evaluando con mayor precisión daños o ayudándolo en el proceso de rehabilitación de un ictus.
- Posibilidades con personas con minusvalías: Permitiéndoles explorar entornos y experiencias que no podrían vivir debido a sus limitaciones, o enseñarles nuevas maneras de realizar las tareas cotidianas.
- Meditación y relax: Para personas que sufren estrés o nerviosismo, pueden entrar a programas para rebajar la tensión y comenzar a relajarse cuando sienten que pueden tener un ataque de ansiedad o un episodio de crisis.

2 Objetivos

Exponer la utilidad de la realidad virtual aplicada al aprendizaje en radiología dentro del entorno hospitalario

3 Metodología

El trabajo lo he sacado de paginas de internet , de artículos relacionados sobre la realidad virtual, de un taller de como se utiliza la realidad virtual en salud

impartido por psicólogos y libros de realidad virtual enfocados a el área sanitaria.

4 Resultados

Usos de la Realidad Virtual en Radiología

Los escenarios inmersivos que permite la Realidad Virtual son diversos en el contexto de los profesionales sanitarios. Sin embargo, el tratamiento de la imagen, la navegación tridimensional y el concepto espacial son inherentes a las capacidades de los profesionales de la Radiología.

Los Radiólogos y los Técnicos tienen desarrollada la orientación espacial porque están acostumbrados a ‘traducir’ una imagen bidimensional de un paciente respecto a la posición anatómica que debe tener para obtenerse. La visión en dispositivos de Realidad Virtual exige un manejo en orientación espacial en su inicio, en la que los profesionales de la radiología ya tienen cierta ventaja, si bien en la curva de uso con el tiempo se iguala la capacidad en el manejo de cualquier usuario.

Sin embargo, las utilidades de la Realidad Virtual en Radiología tienen mucho desarrollo innovador en el Aprendizaje, tanto anatómico como para identificar hallazgos.

Conforme avanza el desarrollo, encontraremos programas de utilidad que permiten ‘entrar’ en un escenario de aprendizaje inmersivo, donde una volumen 3D de imagen radiológica puede someterse a navegación permitiendo interactuar con herramientas de marcaje.

Otro nivel de formación en Radiología consiste en aprender y entrenar Diagnóstico y hallazgos sobre series de pruebas diagnósticas (también existen para sesiones radioterapéuticas e intervenciones quirúrgicas) usando PACS virtuales. Los estudiantes de especialización en Radiodiagnóstico, la capacidad de aprender y participar en un entorno totalmente inmersivo a través de la utilización de uno de los últimos hardware de Realidad Virtual (VR) y desarrollando un software específico para las imágenes médicas.

La realidad Virtual también se puede usar en sistemas de sensibilización en Paciente (escenario inmersivo) antes de someterse a pruebas o tratamientos en salas radiológicas, por ejemplo, miedo a las agujas, estos podrían experimentar previamente una inmersión en RV de una punción y poder así enfrentarse a la prueba real con menos ansiedad. O si por el contrario, el paciente sufre de claustrofobia puede desarrollar una inmersión previa en un entorno de realidad virtual de una prueba de resonancia. Este aspecto mejora la sensibilización y controla la an-

siedad que muchos pacientes sufren los momentos previos a una prueba médica.

La Realidad Virtual avanza sin detenerse y los profesionales radiológicos deberán tratar con ella con la máxima naturalidad, pues está comprobado que el beneficio es muy elevado.

5 Discusión-Conclusión

Los objetivos que persigue la Realidad Virtual dentro del mundo de la radiología, están encaminados tanto a los futuros profesionales, para que su formación cuente con diferentes entornos tecnológicos que faciliten las pruebas radioterapéuticas, como a los profesionales activos, para ayudarles en el estudio de los posibles diagnósticos y dirigidos también a los pacientes, creando sistemas de sensibilización antes de someterlos a posibles tratamientos de salud que puedan ocasionarles traumas.

. En el uso de dispositivos de realidad virtual se precisa contar con una orientación espacial, para poder obtener los resultados esperados. En este sentido, tanto radiólogos como técnicos en imagen no tendrían problema pues desde su inicio profesional están acostumbrados a interpretar imágenes en dos dimensiones de las partes del cuerpo humano.

6 Bibliografía

<http://www.tecnicosradiologia.com/2015/06/la-realidad-virtual-aplicada-al.html>

<https://www.aulacem.es/de-que-forma-la-realidad-virtual-influye-en-la-radiologia.html>

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/casos-clinicos-articulos/realidad-virtual/>

Capítulo 183

EL CÁNCER DE PRÓSTATA. TIPOS SEGÚN SU DIFERENCIACIÓN Y TRATAMIENTOS/ TERAPIAS PARA LA ERRADICACIÓN DE ESTA ENFERMEDAD

NOELIA CAMPO DE LAMO

LAURA SALGADO MÉNDEZ

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

1 Introducción

La próstata es una glándula del aparato reproductor masculino, de pequeño tamaño, que se encuentra detrás de la base del pene, delante del recto y debajo de la vejiga. Rodea la uretra, conducto que transporta orina y semen a través del pene. La función principal de la próstata es producir líquido seminal, el líquido en el semen que protege, mantiene y ayuda a transportar el espermatozoides.

El cáncer aparece cuando las células sanas de la próstata cambian y proliferan sin control, es entonces cuando hablamos de tumor. Un tumor puede ser canceroso

o benigno. Un tumor canceroso es maligno, lo que significa que puede crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo. Un tumor benigno significa que el tumor puede crecer, pero no se diseminará.

El principal factor de riesgo para el cáncer de próstata es la edad. El riesgo de desarrollar un cáncer de próstata empieza a aumentar a partir de los 40 años en hombres de raza negra y 50 años en hombres de raza blanca o con antecedentes familiares del tipo padre o hermano con cáncer de próstata.

El cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos, algunos estudios advierten sobre la probabilidad de padecerlo al tener sobrepeso u obesidad, poca actividad física o una mala alimentación.

2 Objetivos

- Dar a conocer el estadiaje de los tumores de próstata.
- Describir los posibles tratamientos existentes y si existe la posibilidad de combinar varios de ellos (tratamientos adyuvantes), para aumentar las probabilidades de supervivencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos; Google, Google Academy y Medline, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para averiguar la estadificación de dicho tumor, hay que realizar antes una serie de pruebas, para ver la extensión del cáncer, es decir, para ver el volumen del tumor y si se ha extendido a más zonas del cuerpo.

Este sistema es el de uso más generalizado para el cáncer de próstata es el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC). El sistema TNM para el cáncer de próstata se basa en cinco puntos clave:

- La extensión del tumor principal (categoría T)
- La propagación a los ganglios linfáticos (nódulos) cercanos (categoría N)
- La propagación (hecho metástasis) a otras partes del cuerpo (categoría M)

* FOTO ADJUNTA

- El nivel de PSA, analizado en sangre.
- El grupo de grado (basado en la puntuación de Gleason), que mide la probabilidad de que un cáncer crezca y se propague rápidamente. Se calcula desde el grado 1 (bien diferenciado) hasta el grado 5 (muy pobremente diferenciado). El puntaje clásico es la suma de los dos grados de los patrones más prevalentes, que resulta en un puntaje que oscila entre 2 y 10.

Los resultados de estas pruebas (PSA y Gleason) ayudarán a determinar si las radiografías, las gammagrafías óseas, las exploraciones por CT o las MRI también son necesarias, para complementar la información y poder clasificarlo.

Existe una amplia variedad de tratamientos, el médico elegirá el mejor en cada caso dependiendo del estadiaje anterior:

Los tratamientos locales: Los tratamientos locales eliminan el cáncer de un área específica y limitada del cuerpo. Dichos tratamientos incluyen cirugía y radioterapia. Para los hombres con diagnóstico de cáncer de próstata en etapa inicial, los tratamientos locales pueden eliminar el cáncer por completo.

- Cirugía: Es la extirpación del tumor y de parte del tejido circundante sano durante una operación. Se usa para tratar de eliminar un tumor antes de que se disemine fuera de la próstata. Las opciones de tratamiento quirúrgico incluyen las siguientes:

- Radioterapia: Es el uso de rayos de alta potencia para destruir células cancerosas. Los tipos de radioterapia usados para el tratamiento del cáncer de próstata incluyen los siguientes:

- Radioterapia con haz externo. Es el tipo más frecuente de tratamiento con radiación. Es un método no invasivo.
- Braquiterapia o radioterapia interna. Es la inserción y/o colocación de fuentes radiactivas directamente en la próstata.

Se puede usar con otros tratamientos, como la radioterapia de haz externo y/o ADT.

Los tratamientos sistémicos: se utilizan cuando el cáncer se ha diseminado fuera de la glándula prostática.

- Terapia de privación androgénica (ADT): Debido a que el crecimiento del cáncer de próstata está dirigido por hormonas sexuales masculinas denominadas andrógenos, la reducción de los niveles de estas hormonas puede ayudar a retrasar el crecimiento del cáncer.
- Quimioterapia: Es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, ya que inhibe su capacidad para crecer y dividirse.

Tumor Primario (T)	Ganglios Linfáticos (N)	Metástasis a Distancia (M)
Tx: No se puede evaluar el tumor primario.	Nx: No se puede valorar los ganglios regionales.	M0: No hay metástasis a distancia.
T0: No hay signos de tumor.	N0: No hay metástasis en los ganglios regionales.	M1: Presencia de metástasis a distancia.
T1: Tumor subclínico que no es evidente por tacto ni por estudios de imágenes.	N1: Metástasis a ganglios regionales.	
T2: Tumor limitado a la próstata.		
T3: Tumor se extiende a través de la cápsula prostática.		
T4: Tumor invade tejidos adyacentes.		

[†]Tomado del manual de oncología clínica. 7ª edición. España. 2014.

5 Discusión-Conclusión

El 60% de los casos se diagnostican en personas de 65 años o más.

Es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos con un 16% de incidencia, es el cáncer más frecuente en los varones.

La tasa de supervivencia para las personas ya tratadas de cáncer de próstata, a 5 y 10 años es del 98%.

En la actualidad es de suma importancia el diagnóstico precoz del Cáncer de próstata, para ello es vital la participación activa del médico, acudir periódicamente a las revisiones anuales a partir de una cierta edad (detección precoz) y el abordaje inicial, contribuyendo con una rápida eficiencia en función de asegurar al paciente una mayor posibilidad de cura y supervivencia, bajo el conocimiento de todas las técnicas actuales comentadas anteriormente.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus. Estadificación del cáncer de próstata. <https://www.medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000397.htm>

2. NIH. Biblioteca Nacional de Medicina. El cáncer. Diagnostico y estadificación. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
3. ASCO.org. American Society of clinical Oncology. Cancer.net. Cáncer de próstata opciones de tratamiento. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-de-próstata/opciones-de-tratamiento>
4. Revista Médica. Cáncer de próstata. Revisión bibliográfica. Artículo de revisión. <https://revistamedica.com/cancer-prostata-revision-bibliografica/>

Capítulo 184

TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN EN LOS TRATAMIENTOS RADIOTERÁPICOS. INMOVILIZADORES MÁS EMPLEADOS Y PARA QUÉ LOCALIZACIONES SE UTILIZAN

NOELIA CAMPO DE LAMO

LAURA SALGADO MÉNDEZ

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

1 Introducción

Una de las medidas empleadas para abordar el cáncer es la radioterapia.

La radioterapia es el uso de altas dosis de radiación ionizante para destruir las células cancerosas alojadas en diferentes partes del cuerpo y reducir tumores, es decir, conseguir un daño sobre el tumor a la vez que controlas el daño sobre los órganos sanos. Dependiendo de donde se encuentre este foco de malignidad se emplea una serie de aparatos llamados inmovilizadores.

La radioterapia de haz externo procede de una máquina (acelerador lineal de electrones - ALE) que enfoca la radiación al volumen tumoral a tratar (el cáncer). Esta máquina no le toca en ningún momento, aunque puede moverse alrededor suyo para administrar la radiación a una parte de su cuerpo desde muchas direcciones. Estos inmovilizadores se emplean para que el paciente este durante el tratamiento estén lo mas inmóvil posible, ya que es muy preciso y no queremos dañar el resto de células u órganos próximos a la zona de tratamiento. Es de vital importancia que la posición del paciente durante su tratamiento con radioterapia externa sea exactamente la misma que la empleada como referencia para la planificación, y que se corresponden con las del estudio de planificación (TC) previo.

2 Objetivos

- Dar a conocer una gran parte de los sistemas de inmovilización que existen en radioterapia.
- Describir cuándo o en que localización se pueden emplear cada uno de ellos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos; Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los inmovilizadores empleados en radioterapia deben tener una serie de características, las más importantes:

- Comodidad: Obviamente, tiene que ser cómodo para el paciente, ya que tiene que estar inmóvil durante varios minutos durante todos los días de tratamiento.
- Radiotransparente: Es muy probable, que la radiación antes de llegar al paciente incida sobre estos inmovilizadores, por lo cual es necesario que no atenúen, o atenúen lo menos posible la radiación. (metacrilato y fibra de carbono)
- Manejabilidad: cuanto más pesado, más voluminoso y más complicado sea de usar un dispositivo de inmovilización, más dificultad tendrán los operadores para

manejarlo correctamente.

- Fijación e indexación a la mesa: es importante que los dispositivos de inmovilización se puedan fijar a los diferentes tableros, tanto del TC, como de los aceleradores. Esto impide cualquier posible desplazamiento que pueda sufrir el inmovilizador (y con él, el paciente). Así se evitan errores de posicionamiento.

Los inmovilizadores más utilizados son:

- Cabezal-reposacabezas: echo de metacrilato, se acopla a una plancha de fibra de carbono. Existen diferentes tipos para conseguir la mejor adaptación de la curvatura del paciente. Es el tipo de inmovilizador más utilizado en los tratamientos de cabeza y cuello (ORL).

- Mascaras termoplásticas: Constituido de material plástico perforado que, calentadas a cierta temperatura, se vuelven blandas y moldeables, pudiendo entonces ser aplicadas sobre la zona anatómica de interés y adquiriendo la forma del contorno de dicha zona. Al mismo tiempo los extremos de la malla se anclan a la base del inmovilizador utilizado, procurando que la malla permanezca tensa. Una vez fría, la malla se vuelve rígida, conservando la forma anatómica deseada. Más comúnmente utilizadas para cabeza y cuello y extremidades.

- Depresores linguales: para inmovilizar la lengua, ya que es una parte móvil, y aunque se suele utilizar la máscara termoplástica para ciertos tumores también se añade este dispositivo.

- Tabla de Mediastino: Sistemas rígidos que inmovilizan de alguna manera el tórax y los brazos del paciente (los cuales no han de interceptar en los haces de radiación) posicionados por encima de la cabeza. Para tratar pulmones y zonas medastínicas.

- Planos de mama: Similar a la tabla de mediastino (los brazos también se colocan por encima de la cabeza), pero tiene varios puntos de inclinación para facilitar la radiación de la mama y proteger el pulmón.

- Colchones: El colchón se coloca debajo del paciente y se deja endurecer, ya sea con tiempo (de poliestireno) o por absorción del aire interno del colchón (de vacío), para fijar la posición que tiene que mantener el paciente durante sus sesiones.

- Tabla de Belly Board: El paciente se coloca en prono (tumbado mirando hacia abajo), se utiliza para separar lo máximo posible las asas intestinales en tratamientos de recto.

- Posicionador para el hueco poplíteo: es el más empleado para un mayor confort de los pacientes, y para tratamientos de pelvis, ya sean ginecológicos o prostáticos, junto con el reposa pies.

5 Discusión-Conclusión

Todo tratamiento está compuesto por un posicionador correcto, una buena colocación del paciente y la realización de una prueba de imagen, ya sea Rayos x (Mv/Kv) o un Cone Beam (Tac en vivo realizador con la máquina de tratamiento) para verificar que el paciente está en la misma posición el día que se la realizó el Tac para la planificación del tratamiento y ahora para su administración.

Un paso muy importante es saber elegir bien que dispositivos combinar entre sí para cada tipo de localización y tratamiento, ya que partiendo de esa colocación se planificará y tratará el paciente. Puede influir mucho en la dosimetría y en la radiación a órganos sanos concomitantes.

6 Bibliografía

1. NIH. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer. Tipos de tratamientos. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia>
2. https://www.cog.es/wp-content/uploads/2021/08/Simulacion_Radioterapia_COG.pdf

Capítulo 185

FACTORES DE HERENCIA GENÉTICA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM)

CARLA CHAMORRO RODRÍGUEZ

LAURA RODRÍGUEZ JULIÁN

1 Introducción

La esclerosis múltiple es definida como una enfermedad de carácter inflamatorio crónico y disimmune que afecta al sistema nervioso central (SNC), ocasionando principalmente la desmielinización de las neuronas y daño axonal de las mismas en diferentes grados.

Este es el trastorno inflamatorio más común del SNC y la segunda causa más extendida de discapacidad neurológica en adultos jóvenes, poseyendo un curso clínico variable; la extensión de esta patología es bastante notable, puesto que en España se estima un diagnóstico en torno a los 80-100 por cada 100.000 habitantes, elevando el riesgo de padecer la enfermedad en la zona mediterránea de Europa. A pesar de ser una enfermedad muy extendida, todavía no se conoce una causa fija relacionada con el desarrollo de la EM, aunque se ha empezado a estudiar su posible relación con el virus de Epstein-Barr (VEB). Del mismo modo, aunque se tiene poca información sobre el tema, se ha estado estudiando la posible herencia genética de la enfermedad.

La EM presenta relación genética no directa, lo que significa que existen varios factores que pueden potenciar la probabilidad de padecer la enfermedad, de los cuales hablaremos en este escrito. Cabe recalcar la necesidad de profundizar en este tipo de estudios para poder hacer un diagnóstico certero y temprano de

la enfermedad, puesto que muchas veces los síntomas que provoca se pueden confundir con otro tipo de patologías menores.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Encontrar una relación directa entre diferentes genes y la patología.

Objetivos secundarios:

- Definir los diferentes tipos de herencia que se pueden encontrar.
- Estudiar los genes y la probabilidad de relación con la patología.

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

Existen múltiples estudios que muestran la posibilidad de heredar esclerosis múltiple dependiendo de diferentes factores. El primer factor de herencia genética que se estudió fue descrita como genes compartidos en función de genes concordantes entre los individuos, los cuales se clasifican de mayor a menos concordancia según se trate de gemelos monocigóticos (25- 30% de probabilidad de padecer la enfermedad) o gemelos dicigóticos (probabilidad de 3-7%); también se estudió la probabilidad de padecer la patología según el historial familiar, siendo de un 15-20%, y el riesgo de por vida de padecer la enfermedad si existe un familiar de primer grado con la misma, siendo de un 3%.

Por otro lado, existen diferentes estudios que avalan la posibilidad de la existencia de genes que estén relacionados con la esclerosis múltiple, los cuales se explicarán a continuación. También debemos destacar que, aunque existen varios genes que podrían estar relacionados con la enfermedad, la posesión de estos no conlleva el desarrollo de la misma, sino que nos expone con una mayor probabilidad a ella; por tanto, la presencia de estos alelos en nuestro genoma nos expone

a desarrollar la esclerosis múltiple, sumándole a los mismos la herencia genética por familiares, los factores ambientales, etc.

Tras numerosos estudios, se ha concluido con que la región genotípica más asociada con la esclerosis múltiple es el complejo principal de histocompatibilidad (MHC), donde se han encontrado más de 200 genes codificados y asociados a la patología. Dentro de todos estos genes, el primero encontrado fue el antígeno de leucocito humano (HLA) de clase I, específicamente el locus 3 de este gen; posterior a este descubrimiento se encontró una asociación más potente a la esclerosis múltiple con el HLA de clase II, cuyos locus con mayor correlación son DBR1*1501, DQA1*0102 y DQB1*0602. Del mismo modo, se quiso asociar con el avance de la enfermedad el locus DRB1. En estudios más recientes se ha creado la hipótesis de la posibilidad de que el alelo HLA-DRB1*01 tenga un papel protector y se ha encontrado que los receptores 2 y 7 de interleucinas podrían tener una influencia baja, con ciertas formas alélicas que favorecen la enfermedad.

Otros estudios muestran una posible correlación entre moléculas de pequeño tamaño (20-40 nucleótidos), monocatenarias y no codificantes, conocidas como microRNA o miRNA, y la esclerosis múltiple, estando estos genes presentes en las PBMC (células mononucleadas de sangre periférica; del término inglés *peripheral blood mononuclear cell*); destacamos que, aunque otras muestras como otros tejidos o tipos celulares cerebrales podrían estar más conectadas con la EM, la muestra escogida para estudio es más accesible y podría presentar una muestra clínica óptima. Dentro del estudio de los micro-RNA, se encontró que el gen mir-155 aumentado mostraba una correlación con la EM, en conjunto con mir-92a, let-7f y mir-19a. Entre los cuatro candidatos, el más relevante fue el primer mencionado, mir-155, el cual se mostró presente en un gran número de pacientes; del mismo modo, el aumento de este gen reflejó alteraciones cerebrales relacionadas e incluso, alteraciones en las células CD4+ presentes en el SNC, nódulos linfáticos y el bazo de animales experimentales en análisis (concretamente en los ratones). Además de los estudios ya mencionados, también debemos destacar los resultados de otros autores donde se ha encontrado que los genes miR-21, miR-124-3p, miR-146a, miR-146b y miR326 estaban aumentados tanto en las PBMCs como en las lesiones de la materia blanca del cerebro.

Ahora, entrando en la herencia genética de la propia enfermedad, se ha encontrado que el gen LFA-3, también conocido como el antígeno asociado a la función del linfocito CD-58, muestra algún tipo de relación con la transmisión vía paterno-filial; por otro lado, también se han hallado otros genes candidatos a la herencia genética, como el receptor de células T (TCR), el cual se une a los HLA durante la presentación, y el CTLA4 (antígeno 4 de células T citotóxicas),

no obstante, los estudios que se han llevado a cabo con estos últimos genes han resultado poco concluyentes o negativos. Nuevamente, estudios recientes nos llevan a considerar la región del gen HLA-DR2 como el principal agente que causa susceptibilidad genética a padecer esclerosis múltiple, siendo el resto de ellos considerados secundarios o poco probables a vinculación genética.

5 Discusión-Conclusión

Después de haber consultado y sintetizado todos los estudios mencionados en este escrito, las conclusiones respecto a los objetivos definidos anteriormente son las siguientes:

- La herencia genética de la esclerosis múltiple (EM) está estrechamente relacionada con el factor LFA-3 y ciertos receptores de las células T; no se encuentra una relación genética directa, sino que la presencia de algunos factores potencia la probabilidad de padecer la enfermedad.
- En cuanto a la herencia de la patología, encontramos herencia por genes y por vía familiar y paterno-filial.
- Se han estudiado y nombrado los diferentes genes que parecen mantener una relación de heredabilidad con la enfermedad, todos ellos mencionados en este estudio.

En este estudio debemos destacar con notabilidad que nos encontramos en un campo de trabajo muy novedoso, tratándose de una enfermedad de la que se desconocen muchas características, y los estudios genéticos en todos los campos están todavía en desarrollo, por lo que en los próximos años esperamos que se profundicen estos temas de gran interés.

Pese a encontrarnos en campos tan novedosos, los estudios que ya se han realizado han sido muy fructíferos, con resultados destacables y, sobre todo, dando pie a realizar muchos avances en esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. Cook S.D. Handbook of Multiple Sclerosis. New York. Taylor & Francis Group. 2006.
2. Zhang G.X. et al. Incidencia y prevalencia de la esclerosis múltiple en China y países asiáticos. Junio 2020. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485320302693>
3. Milo R., Kahana E. Multiple sclerosis: Geoepidemiology, genetics and the environment. Autoimmunity Reviews. 2010.

4. Patsopoulos N. et al. Genetic and gene expresión in multiple sclerosis. Multiple Sclerosis Journal, 2020.
5. Paraboschi E.M. et al. Genetic association and altered gene Expression of Mir-155 in multiple sclerosis patients. 2011
6. Muñoz-Culla M. et al. The genetics of multiple sclerosis: review of current and emerging candidates. 2013.
7. Xinting Ma. et al. Expression, regulation and function of microRNAs in multiple sclerosis. Artículo online. 2014. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4057480/>

Capítulo 186

PRUEBAS DE LABORATORIO DE URGENCIA Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO

ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ

GEMA MARIA PRADO MORA

GRACIA MELLADO MOLINA

1 Introducción

Dentro del ámbito sanitario y en concreto en los laboratorios clínicos, tenemos el laboratorio de urgencias. Estos laboratorios pueden estar anexos a los de rutina o estar en zonas independientes y se caracterizan en una función continua y sin descanso. De igual modo que con los servicios de rutina contaremos con unos protocolos de rechazo y aceptación de las muestras que nos llegarán de parte del profesional médico.

El principal objetivo del laboratorio de urgencias es proporcionar con la mayor brevedad posible el informe de los resultados, por lo tanto el proceso de análisis debe utilizar los recursos y cumplir los objetivos propuestos para obtener la mayor calidad de las pruebas que se realizan en el laboratorio.

No es solo un “análisis de sangre”: comprende un elenco de profesionales tanto sanitarios como no sanitarios. Desde que se hace la petición hasta que la muestra llega al laboratorio y el resultado es interpretado por el médico.

Existirán una serie de valores como por ejemplo el ayuno, la cafeína, la dieta, el tabaco, algún fármaco que esté tomando en ese momento el paciente que no se podrá tener en cuenta en las analíticas de urgencias, puesto que cuando llega el paciente al hospital no estaba previsto. A la hora de interpretar los resultados se deberá tener en cuenta.

Lo importante es tener un esquema general del estado de salud del paciente que ingresa en urgencias.

2 Objetivos

Conocer e indicar los requisitos de calidad para determinar si las muestras recibidas serán aceptadas o rechazadas por parte del técnico de 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.

Se hace uso de la experiencia en el laboratorio de diagnóstico clínico

4 Resultados

- Lo inmediato en un laboratorio de urgencias es la etiqueta, si esta no está presente se rechaza inmediatamente. Todas las muestras que lleven etiqueta con nombre y apellidos del paciente se aceptarán en el laboratorio. Luego se verá si en esa etiqueta están asociadas las pruebas solicitadas y, si pertenecen realmente a esa persona.
- Correcto embalaje y transporte de las muestras. Lo ideal es enviar las muestras al laboratorio en el menor tiempo posible.
- Puede existir un error muy común en el sistema informático que es la duplicación de pacientes. Se realizará un rechazo automático.

- Una de las pruebas más solicitadas en urgencias son las gasometrías. Se deberá enviar lo antes posible al laboratorio para evitar reducir los niveles de PO₂ y aumento de PCO₂, además de una variación en el pH. Si no es posible se mantendrá en frío.

Los urocultivos así como las muestras de heces deberán ser recogidas en condiciones asépticas y recipiente estéril.

- Si en las muestras de orina observamos que hay presencia de heces, se pedirá nueva muestra. Mención especial a las muestras de orina de los niños o bebés. Dado la dificultad de obtención de estas muestras por la bolsa pediátrica.

- Las muestras de sangre se rechazarán automáticamente si están hemolizadas para determinaciones en las que las sustancias del eritrocito interfieran, tales como niveles de glucosa, potasio, sodio, lactato deshidrogenasa y enzimas cardíacas.

- Para los estudios de coagulación de las muestras de sangre coaguladas se pedirá nueva muestra.

- Se rechazarán las muestras con volumen insuficiente ya que la relación anticoagulante sangre no es proporcional y pueden darnos valores aumentados de la coagulación como por ejemplo del tiempo de protrombina.

- Las muestras de Líquido Ceforraquídeo urgentes no deberán llegar refrigeradas y se enviarán y analizarán lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

Una de las primeras acciones que realizan los profesionales médicos cuando una persona ingresa en urgencias es la solicitud de un análisis clínico para tener una idea general del estado del paciente.

Desde el primer momento que se emite el volante y llega al laboratorio existen diferentes pasos y profesionales que deberán trabajar en los estándares de calidad para que el proceso sea el más rápido posible. Como se ha visto anteriormente, la etiqueta, las pruebas solicitadas y la conservación y transporte de la muestra al laboratorio deben ser correctas.

Finalmente recae en el laboratorio la responsabilidad final de si acepta o no las muestras que llegan. Al tratarse de un servicio de urgencias, la eficacia y calidad del proceso que incluye a todos los profesionales debe de hacerse con la mayor brevedad posible.

6 Bibliografía

1. Antonio M. Pruebas de Laboratorio en Urgencias. 4ª Edición. (15-31) Editorial Logoss.
2. Hospital del Niño. Dr José Renán Esquivel disponible en <https://hn.sld.pa/criterios-de-aceptacion-y-toma-de-muestras/>
3. Sociedad Andaluza de Microbiología y Parasitología. Plan de laboratorios clínicos. Protocolos. Disponible en https://sampac.es/images/site/documentacion/protocolos/otros/Manual_Obtencion_y_Manejo_Muestras_1.pdf
4. Eli Cobos Z. Disponible en <https://prezi.com/uhtydrygwu6y/aceptacion-o-rechazo-de-muestras/>
5. Medlineplus. Gasometría arterial. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003855.htm>
6. Junta de Andalucía. Manual de Toma de Muestras. Disponible en <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjfiles/pdf/1576500225.pdf>

Capítulo 187

TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL CONTEO DE GLÓBULOS BLANCOS

ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ

GEMA MARIA PRADO MORA

GRACIA MELLADO MOLINA

1 Introducción

El conteo de glóbulos blancos en laboratorio es una técnica, en la que se utiliza el conteo de los principales glóbulos blancos (neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos y basófilos) que forman parte del sistema inmunitario, que participan en el combate de procesos, tanto infecciosos como víricos, donde los niveles de estas células sanguíneas se verían alterados. Es utilizada principalmente para la detección y seguimiento de procesos infecciosos y víricos, así como de enfermedades que afectan al sistema inmunitario de forma temporal o crónica.

Este conteo, también nos serviría para la detección de otros tipos de enfermedades, ya fuera por un aumento o disminución de estas células sanguíneas, siendo estas afectadas de una forma directa o indirecta por dicha enfermedad.

En recién nacidos se realizará de forma rutinaria para comprobar el buen estado de su sistema inmunitario, y comprobar que no existe ningún problema de salud grave.

Hay que tener en cuenta, que este procedimiento tan solo recuenta los glóbulos blancos en sangre de una forma global, por lo que en alguna ocasiones esta prueba se ve reforzada con una prueba denominada fórmula leucocitaria, donde si se lleva a cabo el conteo de cada tipo de glóbulos blancos presentes en la muestra recibida del paciente en cuestión (también puede ser solicitado: un frotis sanguíneo, hemograma, frotis de médula ósea, etc.).

Estas dos técnicas son realizadas en todos los laboratorios donde se analiza sangre de pacientes, ya que permiten valorar de una forma eficaz el estado del sistema inmunitario del paciente, siendo así pruebas de apoyo a la hora de diagnosticar los pacientes atendidos.

2 Objetivos

Explicar e indicar los valores normales y patológicos de glóbulos blancos por parte del técnico de laboratorio en los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la confección del actual capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica mediante una búsqueda sistemática en las siguientes fuentes de datos: MedlinePlus, Pubmed, Dialnet y Scielo, de donde se han seleccionado tanto artículos científicos como libros para su análisis posterior siendo todos estos revisados académicamente, utilizando en la búsqueda los siguientes descriptores: glóbulos; blancos; conteo.

4 Resultados

Los niveles normales de glóbulos blancos en un paciente sano en el torrente sanguíneo son de 4500 a 11000 GB por microlitro (dependiendo del laboratorio que efectúe el conteo podrá existir una variación en los niveles que se consideran normales), pudiendo existir variaciones por la edad de los pacientes (como por ejemplo: los niños recién nacidos los niveles estarían al entorno de los 9.000 a 30.000 por mm³) o por tratamientos que estos estén recibiendo.

Unos niveles superiores a los normales sería indicativo una leucocitosis, lo cual podría suponer que el paciente está sufriendo una infección producida tanto por una bacteria como por un virus, que el paciente sufre algún proceso alérgico o enfermedad inflamatoria, algún tipo de leucemia, incluso este descenso puede ser

producido tras una operación o daño significativo de los tejidos por quemaduras graves.

Unos niveles inferiores a los normales serían indicativos de una leucopenia, lo cual podría suponer: daños en la médula ósea (producidos por una infección, enfermedades como el cáncer de médula, o porque el paciente ha recibido tratamientos como la quimioterapia), trastornos autoinmunitarios (como podría ser el lupus), o que el paciente sufre VIH o sida (por la destrucción de los linfocitos T).

Si la prueba es pedida para el seguimiento del estado de un paciente, los resultados de esta prueba nos estarían indicando si el estado del sistema inmunitario del paciente está mejorando, o en su defecto está empeorando con el tratamiento recibido por el médico, es decir, si los niveles vuelven a la a unos valores dentro de la normalidad, indicaría que el tratamiento es eficaz, mientras que si estos niveles disminuyen o aumentan por encima por debajo de los niveles normales, sería indicativo de que el tratamiento no surte efecto en esta situación.

No hay que descartar que existen otras posibilidades, para que los resultados del conteo sea anormales, como por ejemplo, el uso de fármacos antitiroideos o diuréticos, los cuales pueden llegar a alterar los resultados de estas pruebas, provocando errores en los datos obtenidos e impidiendo que estos puedan ser utilizados para el diagnóstico final del paciente, creando la necesidad por parte del médico a la realización de un mayor número de pruebas para el paciente, teniendo en cuenta la sintomatología, resultados del examen físico, e historia clínica del paciente en cuestión.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva se trata de una prueba poca invasiva, ya que solo habremos de tomar una muestra de sangre venosa procedente de uno de los brazos del paciente, llegando solo a producir una pequeña molestia temporal a la hora de introducir y retirar la aguja. Tan solo variará la zona de toma si el paciente es un bebe, ya que esta se tomara del talón recogiendo un par de gotas, de la cual obtendremos la información suficiente para conocer de una forma rápida y sencilla el estado actual del sistema inmunitario del paciente atendido, así como si el médico está realizando un seguimiento de un tratamiento y es necesario saber si este está funcionando correctamente, o se está realizando el seguimiento de una enfermedad crónica que afecte a las células del sistema inmunitario para conocer si su evolución está siendo la espera o ha sufrido alguna alteración inesperada.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/>.
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>.
3. <https://medlineplus.gov/>.
4. <https://scielo.org/es/>.

Capítulo 188

TÉCNICO DE LABORATORIO: PARÁMETROS DE LA SERIE ROJA EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA

ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ

GEMA MARIA PRADO MORA

GRACIA MELLADO MOLINA

1 Introducción

El hemograma que también puede recibir el nombre de cuadro hemático o biometría hemática. Es una de las pruebas de análisis que más se solicitan en el laboratorio de hematología, siendo ésta una de la que más información puede aportar desde el punto de vista clínico de cara al diagnóstico de patologías.

A través del tiempo el hemograma ha sufrido variaciones en los parámetros a analizar, en los métodos de obtener las muestras para su posterior análisis, etc.

Gracias a los analizadores automáticos se ha reducido el número de fórmulas realizadas de manera manual sin embargo, el ojo humano y la observación al microscopio sigue siendo imprescindible para detectar una buena parte de las alteraciones morfológicas que pueden aparecer en el frotis de sangre periférica.

Para poder comprender y conocer los métodos para una mejor utilización de los parámetros a analizar en el hemograma es de vital importancia conocer el avance tecnológico que ha acompañado a estos tipos de técnicas y conocer las pruebas a analizar para poder acertar en el diagnóstico con un mayor conocimiento de cara a la utilidad clínica.

2 Objetivos

Destacar la importancia y la utilidad del hemograma en el diagnóstico de las patologías.

Indicar los parámetros básicos que componen la serie roja y su utilidad en el laboratorio de cara al diagnóstico clínico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo 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 de código abierto como Pubmed, Medline, y Scielo, utilizando palabras clave como hemograma en laboratorio, serie roja laboratorio de hematología y laboratorio de hematología parámetros.

4 Resultados

Dentro de los parámetros de la serie roja a analizar encontramos:

- Recuento de hematíes o eritrocitos (He): Se expresa como $\text{He} \times 10^{12}/\text{L}$, siendo la vida media de 120 días aproximadamente.

Podemos encontrar aumentados en talasemias, en estados de deshidratación.

Encontraremos disminuidos en anemias.

- Hematocrito (Hto): Representa la fracción de volumen de hematíes y corresponde al volumen ocupado por éstos en relación con el volumen total de sangre, expresándose en L/L, está relacionado directamente con la concentración de hemoglobina.

Siendo los valores normales en población adulta entre 40-54% en hombres y 38-48% en mujeres.

Se encontrarán los valores aumentados en las poliglobulias.

- **Hemoglobina (Hb):** Es una ferroproteína que se encuentra en el interior de los hematíes, siendo la encargada de transportar el oxígeno a los diferentes tejidos del organismo.

Se considera el mejor parámetro para medir la anemia y la capacidad transportadora de gases de los eritrocitos como el O y el Co₂, expresándose en g/dL.

Valores normales en población adulta están entre 13,5-18 g/dL en hombres y 12-16 g/dL en mujeres.

Se encontrarán valores elevados en las policitemias y disminuidos en las anemias. Partiendo de los datos obtenidos de la hemoglobina, hematíes y hematocrito se calculan unos valores que tienen una gran utilidad clínica, son conocidos como índices eritrocitarios/corpusculares de wintrobe o promedios de wintrobe ya que llevan el nombre de la persona que los describió por primera vez en la década de 1930.

Estos valores son los siguientes:

- **Volumen corpuscular medio (VCM):** También recibe el nombre de volumen medio corpuscular, promedio volumen corpuscular, se calcula a partir del hematocrito y el número de hematíes, expresándose en fentolitros (fL).

Siendo los valores normales en población adulta entre 80 a 100 fL.

Gracias a estas mediciones derivan los términos de normocitois, microcitosis y macrocitosis, refiriéndose estos términos al tamaño de los eritrocitos según sean normales, pequeños o grandes.

Encontrándose elevado el VCM en las hepatopatías, reticulocitosis, anemias megaloblásticas.

Valores disminuidos en talasemias y ferropenias.

- **Hemoglobina corpuscular media (HCM):**

Recibe el nombre también de promedio de hemoglobina corpuscular media, se calcula a partir de la hemoglobina y el número de eritrocitos, siendo la unidad de expresión en picogramos (pg).

Siendo sus valores normales entre 27 - 31 picogramos.

Está relacionada con el VCM, ya que informa de la cantidad media de hemoglobina presente en cada glóbulo rojo.

Está en aumento en casos de macrocitosis e indica hipercromía y está disminuida en casos de microcitosis indicando hipocromía.

- **Concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM):**

Es la cantidad de hemoglobina expresada en g/dL de los hematíes en peso.

Los valores normales se sitúan entre 32 y 36 g/dL.

Este valor es importante para conocer y diagnosticar las anemias.

Está relacionado con los términos hipocromía, normocromía e hipercromía.

Existen unos índices eritrocitarios que gracias al avance tecnológico que actualmente existe se han podido calcular e incluirlos en el análisis de la serie roja.

- Amplitud de distribución del tamaño de eritrocitos (ADE o RDW):

El ancho de distribución de los eritrocitos tiene utilidad clínica para poder clasificar las anemias, ya que este parámetro está estrechamente relacionado con la anisocitosis y el diagnóstico de las talasemias.

Siendo sus valores normales $\leq 15\%$

- Índice de dispersión de la hemoglobina o distribución de la hemoglobina en los hematíes (HDW):

Su utilidad clínica sirve para conocer si se encuentra alterado cuando existe una doble población de eritrocitos en pacientes transfundidos, también para controlar los tratamientos de las anemias ferropénicas.

Estando sus valores normales entre 2,2 y 3,2 g/dL.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con la evidencia de que gracias al avance tecnológico en los laboratorios hematológicos que existe actualmente se han podido desarrollar nuevas técnicas y exámenes y con ello llegar más lejos en el análisis y diagnóstico.

El hemograma y sus parámetros de la serie roja se encuentra actualmente entre las pruebas más solicitadas en los laboratorios clínicos, ya que gracias a su fácil reproducción y pruebas no muy complejas se ha convertido en una herramienta eficaz en la lucha para diagnosticar enfermedades hematológicas y poder dar con los tratamientos de una manera más rápida y corregir las deficiencias que requieren los pacientes.

6 Bibliografía

1. Eadie GS, Brown IW, Jr. Red blood cell survival studies. Blood 1953; 8: 1110-1136.
2. Campuzano-Maya G. El hemograma. Medicina & Labora

Capítulo 189

RADIOGRAFÍAS ANTE UNA URGENCIA.

AROHA RUIZ CASTILLO

1 Introducción

Las radiografías se consideran actualmente un servicio muy demandado debido a las ventajas que conlleva su aplicación. Sin embargo, antes de someterse a este tipo de pruebas o tratamientos, es importante seguir algunos consejos, para que el proceso sea lo más fluido posible.¹ A pesar de no ser una técnica compleja es necesario que el paciente vaya adecuadamente preparado y mentalizado para que se realice el estudio correctamente y por lo tanto para reducir el número de disparos, es decir, reducir la radiación al paciente. Una emergencia radiológica es el estado que puede declarar la autoridad competente cuando un suceso en una instalación perturba su funcionamiento normal hasta el punto de que se puede llegar a originar un accidente con consecuencias para la instalación, sus trabajadores, la población o el medio ambiente.

Las emergencias en instalaciones radiactivas tienen normalmente consecuencias de menor escala que las nucleares, ya que tanto el inventario de productos radiactivos como su actividad, es bastante menor que en las centrales nucleares. Existe una muy amplia diversidad de instalaciones, diferente de centrales nucleares en operación, que manejan este tipo de sustancias:

- Instalaciones de almacenamiento de combustible nuclear gastado (bien centralizado o individualizado, temporal o definitivo).
- Instalaciones de fabricación de combustible nuclear.

- Instalaciones nucleares en desmantelamiento.

2 Objetivos

El objetivo principal es demostrar que a pesar de que ser una técnica de las más sencillas es necesario realizarla correctamente e ir preparado con las indicaciones que los especialistas siempre damos.

3 Metodología

El estudio se ha realizado a través de una revisión de la literatura más actual enfocada a la preparación para una radiografía.

La búsqueda de la literatura consistió en el uso de bases de datos científicas, en las que se utilizaron filtros para acotar los artículos y la obtención de una selección más precisa.

Tras la búsqueda, se seleccionaron los artículos teniendo en cuenta el título y su resumen, eliminando aquellos que no se relacionaban con el tema a tratar o cumplían algún criterio de exclusión.

4 Resultados

Algunas recomendaciones a tener en cuenta antes de hacerte una radiografía:

- No use joyas, anteojos u otros objetos metálicos. El técnico te pedirá que retires este tipo de objetos, ya que pueden afectar la imagen.
- Bebe mucha agua. Nuestros especialistas le pedirán que beba un líquido que crea más contraste durante el examen de rayos X. No te preocupes, no correrás ningún peligro. Recomendamos beber mucha agua al final de todo el procedimiento para que su cuerpo pueda eliminar los líquidos anteriores por sí solo.
- Es fundamental durante el tiro que respiren con normalidad y permanezcan lo más quietos posible para que los tiros sean claros.
- Durante el montaje o intervención, nuestro personal le indicará dónde realizar el pedido para que la imagen sea lo más clara posible: puede tumbarse, sentarse o ponerse de pie. La ventaja de esta herramienta es que podemos entender cualquier parte de su cuerpo.
- Si está embarazada o duda al respecto, señale que, en estos casos, la búsqueda de la búsqueda no será válida y solo se realizará con su aprobación.
- Los pacientes jóvenes deben asistir con un compañero legal.

- Si el paciente tiene una discapacidad, debe estar acompañado por dos personas.
- Llegar 30 minutos antes de la hora de la cita al lugar indicado en el momento del traslado para realizar los trámites de admisión y se dispone de un tiempo de dos horas.
- Cumplir con las solicitudes y licencias existentes bajo su entidad legal.
- Trae estudios previos relevantes si los tienes.

Luego deben consultar a su médico sobre las recomendaciones derivadas de su diagnóstico luego de una revisión de las radiografías, así como los exámenes clínicos Mérida necesarios. Los resultados pueden ser en la misma fecha de recolección, pero esto depende de otros factores como la demanda del servicio.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión es imprescindible que comuniquemos al paciente las pautas que ha de seguir para que se lleve a cabo una radiografía perfecta. Al menos que no haya artefactos porque el paciente no se ha quitado algún objeto metálico o que el paciente se mueva porque no sea consciente de que posición debe tener o hasta cuando tiene que permanecer inmóvil. Es importante que expliquemos correctamente a los niños en qué va a consistir la prueba para que no se asuste y para que permanezca quieto. Podemos evitar que el paciente reciba mayor dosis de radiación si se lo explicamos correctamente a pesar de que hay cosas que no se pueden evitar como por ejemplo que la radiografía no salga perfecta porque a veces nos limitamos a las capacidades del paciente.

6 Bibliografía

1. Equipo de Marketing. Recomendaciones para seguir antes de realizarse una radiografía [Internet]. Cedimmont - Blog. 2019 [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <http://cedimmont.com/blog/recomendaciones-a-seguir-antes-de-realizarse-una-radiografia/>.
2. Qué es una emergencia radiológica - CSN [Internet]. Csn.es. [citado el 22 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.csn.es/emergencias/que-es-una-emergencia-radiologica/>.
3. Recomendaciones e instrucciones de preparación para imágenes diagnósticas - Fundación Cardioinfantil y LaCardio [Internet]. Fundación Cardioinfantil y LaCardio. 2020 [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://cardioinfantil.org/pacientes-y-familiares/recomendaciones-preparaciones-examenes-imagenes-diagnosticas/>.

Capítulo 190

AVANCES TECNOLÓGICOS EN EL LABORATORIO

LAURA RODRÍGUEZ JULIÁN

CARLA CHAMORRO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los avances tecnológicos son un gran aliado en el laboratorio, ya que nos facilitan el trabajo y nos ayudan a minimizar el error. Cada día los aparatos hacen más trabajos que anteriormente tenían que ser manuales quitando un gran trabajo a los técnicos que solo deben controlar que haya salido bien. Los laboratorios colaboran estrechamente con la industria de tecnología del diagnóstico in vitro, que no actúa simplemente como un proveedor de productos y servicios; sino que ejerce como aliado estratégico para contribuir a la mejora de la eficiencia de los laboratorios clínicos en beneficio de los pacientes. La automatización va desde esa perspectiva de optimización de recursos hasta la liberación del tiempo de los profesionales para que se puedan dedicar a tareas de valor añadido. El objetivo final es hacer un viaje juntos que, con las diferentes herramientas de gestión, puede ayudar a esos profesionales a lograr sus metas, sobre todo enfocadas en beneficio del paciente por ello el avance es algo muy importante. También se debe comentar que estas tecnologías suelen ser costosas y por ello debemos de enfocarnos en un trabajo limpio y cuidando cada aparato de la manera que se indica en su manual con el fin de darle una vida más duradera.

2 Objetivos

Conocer las ventajas que nos ofrecen los avances tecnológicos.

Ver la importancia de la buena utilización de estos avances para aprovechar al máximo esta gran ayuda.

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 laboratorio clínico es una especialidad médica básica, perteneciente al grupo de las que se denominan comúnmente medios de diagnóstico y, como todas ellas, resulta indispensable en la actualidad.

Es el lugar donde los técnicos y profesionales en análisis clínicos, analizan muestras biológicas humanas que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, por ello los avances tecnológicos son tan importantes.

La aplicación de la mecanización y posterior automatización del trabajo analítico, aumentó considerablemente las potencialidades de procesamiento del laboratorio clínico y permitió la realización de un mayor número de determinaciones en menor tiempo, el incremento de los indicadores de calidad a cifras imposibles para el trabajo manual, la disminución significativa de los costos y el acortamiento en los tiempos de entrega de los resultados, gracias a ello podemos obtener mayor número de muestras y realizarlas en un menor tiempo. Algo importante para estas máquinas es el cuidado y el mantenimiento que debemos realizarles diaria, semanal y mensualmente, todo ello viene explicado junto al funcionamiento y partes de los instrumentos en su manual, el cual deberemos de tener siempre a mano para mirarlo siempre que lo necesitemos.

En estos momentos aún hay laboratorios que disponen de poca maquinaria que les facilite el trabajo y por ello deben seguir haciéndolo todo a mano, aunque en los grandes laboratorios lo normal es que dispongan de estas. Además cada día se preparan más avances para hacernos el trabajo más fácil, rápido y dinámico,

para poder tener un mayor número de muestras, con ello también accedemos a un menor número de fallos en los resultados, aun así el técnico siempre debe controlar cada muestra con el fin de corregir cualquier fallo que pudiese haber pasado.

5 Discusión-Conclusión

Los avances tecnológicos son un gran aliado en el laboratorio, ya que nos facilitan el trabajo y nos ayudan a minimizar el error. Cada día los aparatos hacen más trabajos que anteriormente tenían que ser manuales quitando un gran trabajo a los técnicos que solo deben controlar que haya salido bien y así pueden hacer tareas que aún no se han automatizado.

Aunque contamos más ventajas que desventajas también debemos de tener en cuenta que estos aparatos necesitan un cuidado y limpieza exhaustivos además de saber el funcionamiento de cada uno de los aparatos y en ocasiones son un gasto muy grande que algunas empresas son incapaces de afrontar.

6 Bibliografía

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/desarrollo-tecnologico-laboratorios-clinicos/>

Capítulo 191

EL TÉCNICO DE RAYOS Y SU PAPEL EN LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA SOBRE EL DOLOR VERTEBRAL

MARÍA DEL ROCÍO HEVIA FERNANDEZ

1 Introducción

Las causas del dolor vertebral pueden ser tanto mecánicas, como inflamatorias. Es el dolor mecánico el habitualmente diagnosticado, en un 97% de los casos. Por otro lado, las causas no mecánicas suponen únicamente un 1%, incluyendo las patologías inflamatorias, pero también las infecciosas o tumorales.

En el abordaje de los pacientes con este tipo de dolor, debe primar la Ley de Autonomía del Paciente, que va regular el consentimiento informado para cualquier tipo de procedimiento intervencionista. Además, se deben tener en cuenta distintas consideraciones técnicas, como los métodos de imagen más utilizados en el intervencionismo de la columna, que son la radioscopia y la tomografía computarizada. De manera añadida, encontramos distintas complicaciones comunes a cualquier procedimiento de esas características, donde incluimos las debidas a las técnicas empleadas y las secundarias a la medicación utilizada; entre las primeras, debemos señalar las infecciones y las lesiones vasculares, mientras que de entre aquellas debidas a la medicación se deben destacar las reacciones alérgicas.

Por todo lo anterior, las intervenciones de columna no son fáciles, ni están exentas de riesgos. Por este motivo, todos los profesionales que intervienen sobre las mismas han de estar cualificados y formados para desempeñar su papel de la mejor manera posible.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar el papel del técnico de rayos en la radiología intervencionista sobre dolores vertebrales.

3 Metodología

Para responder a este objetivo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de la base de datos Web of Science y PubMed, con restricción de fecha 2000-2022 y combinando distintos descriptores. A través de estos tópicos, se encontraron 12 documentos, de los que se eliminaron 5 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 7 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otro trabajo fue excluido en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 4.

4 Resultados

Tras analizar diversa literatura científica se encuentra que el técnico de rayos tiene múltiples funciones en el tratamiento y diagnóstico del dolor vertebral- En primer lugar, debe encontrarse familiarizado con las distintas técnicas a utilizar en el diagnóstico y tratamiento del dolor vertebral:

- En caso de dolor facetario, la técnica indicada es el bloqueo nervioso facetario diagnóstico y terapéutico.
 - En caso de hernia discal contenida, la técnica utilizada será la descompresión percutánea del disco.
 - En caso de dolor discógeno, la técnica utilizada será la discografía.
 - En caso de hernia discal, la inyección epidural, que también está indicada en la radiculopatía, columna operada, estenosis de canal y dolor discógeno.
 - En el caso de dolor sacroilíaco, se derivará a una inyección sacroilíaca diagnóstica y terapéutica.
 - En caso de fractura osteoporótica, se realizará una vertebroplastia cifoplastia.
- Por otro lado, el técnico de rayos también debe conocer que la biopsia también está indicada en pacientes con tumores, y que se puede utilizar para confirmar la afectación metastásica y para confirmar la existencia de marcadores tumorales. Por otro lado, las infiltraciones en columna también se emplean de manera, tanto

diagnóstica, como terapéutica. En caso de que su función sea diagnóstica, se inyecta anestésico en el área responsable del dolor y se analiza si la duración de la analgesia va a la par con el tiempo de acción del anestésico inyectado. Como procedimientos terapéuticos, es de destacar la rizólisis, que trata de destruir las raíces sensitivas con el objetivo de conseguir un alivio sintomático permanente. Finalmente, existe la opción de ablación con radiofrecuencia, que puede aplicarse sobre ganglios nerviosos. Estas indicaciones están incluidas en las radiculitis, lesiones periféricas nerviosas secundarias a vasculitis, diabetes, amputación y dolor grave en pacientes oncológicos.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que el técnico de rayos no solo desarrolla sus funciones a un nivel específico, sino que debe estar familiarizado con una gran nomenclatura y técnicas distintas que, en ocasiones, pueden exceder sus funciones básicas. Sin embargo, es esencial con el fin de tratar determinadas patologías, como puede ser el dolor vertebral o el dolor de columna, que en ocasiones puede tener un origen muy difuso y cuyas causas pueden ser múltiples, tal y como se ha mencionado previamente; es por ello que, aunque no lleve a cabo dichas intervenciones o dichas técnicas de una manera directa, sí influirá en las mismas y debe conocerlas y reconocerlas, por lo que una formación continuada y actualizada es esencial en este profesional.

6 Bibliografía

- Manchikanti, L., Datta, S., Gupta, S., Munglani, R., Bryce, D. A., Ward, S. P., ... & Hirsch, J. A. (2010). A critical review of the American Pain Society clinical practice guidelines for interventional techniques: part 2. Therapeutic interventions. *Pain physician*, 13(4), E215.
- Kinkade, S. (2007). Evaluation and treatment of acute low back pain. *American family physician*, 75(8), 1181-1188.
- Santiago, F. R., García, M. D. M. C., & Rodríguez, F. A. (2013). Papel de la radiología intervencionista en el diagnóstico y tratamiento de la columna vertebral dolorosa. *Medicina Clínica*, 140(10), 458-465.
- Miranda, C., Ceratto, R., Ferrario, A., Cohen, J., & Lylyk, P. (2001). Estado actual de la radiología intervencionista para el tratamiento del dolor de la columna vertebral: cirugía mínimamente invasiva. *Rev. neurocir.*

Capítulo 192

DISTRIBUCIÓN POR RAZA Y SEXO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM)

CARLA CHAMORRO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es definida como una enfermedad de carácter inflamatorio crónico y disimmune que afecta al sistema nervioso central (SNC), ocasionando principalmente desmielinización de las neuronas y daño axonal de diferentes grados.

Es el trastorno inflamatorio más común del SNC y la segunda causa más extendida de discapacidad neurológica en adultos jóvenes, además posee un curso clínico variable (Cook et al, 2006).

Una enfermedad que afecta al SNC suele acarrear ciertos problemas sensitivo-motores, que en este caso se hacen muy notables para el paciente, pudiendo en algunos casos confundirse con sintomatología característica de otras patologías. Esta enfermedad se hace presente en los pacientes en forma de brotes, entre los cuales podemos encontrar parálisis muscular, pérdida de sensibilidad, problemas de visión, entre otros muchos.

Además, esta patología posee unos patrones de incidencia y prevalencia algo especiales, puesto que se ha descubierto que es una enfermedad mucho más común en países cuyos habitantes son de raza blanca, de latitud entorno a los 65 grados e, incluso, siendo mucho más presente en mujeres.

Este estudio está centrado en la distribución por raza y sexo que posee esta enfermedad, haciendo una descripción profunda de las ambas viendo si existe algún tipo de explicación médica y/o ambiental.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir la diferencia de prevalencia de la enfermedad según la raza y el sexo.

Objetivos secundarios:

- Destacar la diferencia de prevalencia en función de la melanina/vitamina D
- Exponer la probabilidad considerablemente mayor de padecer la enfermedad en mujeres.
- Describir la diferencia de prevalencias en función de los países de origen de los pacientes en estudio.

3 Metodología

La metodología que será aplicada en este estudio será la revisión bibliográfica de diferentes artículos de investigación y/o divulgación científica que estén certificados y aprobados previamente, con el fin de sintetizar la información y traducirla, puesto que la mayoría de las referencias serán en inglés, haciendo esta información más accesible para el público.

4 Resultados

Distribución según raza:

En primer lugar, y como ya se mencionó en la introducción, las personas con piel oscura tienen menos probabilidades de padecerla, aunque no por ello son inmunes; una de las hipótesis formuladas, en conjunto a otro de los factores de riesgo, es que los niveles de vitamina D recibidos y la melanina podrían jugar un papel importante a la hora de su desarrollo, puesto que en aquellas zonas con mayor exposición al sol también se ha observado un menor número de casos que en el resto de países (Kurtzle).

No obstante, un estudio publicado por la revista *Neurology* muestra resultados contrarios a todos los ya expuestos, pues revela que los afroamericanos presentaban una mayor tasa de diagnóstico, ya que, en un periodo de tres años, entre 3'5 millones de personas se diagnosticaron 496 personas mediante los criterios de McDonald, cuya edad media estaba en los 41'6 años (con un rango desde 8'6 a 78'3 años). Este estudio reveló que las personas negras tenían un 47% más de riesgo de enfermar con esclerosis múltiple en comparación con personas blancas; dentro de este mismo estudio se observó que este aumento de riesgo se daba

en mujeres, puesto que en personas de origen hispano y asiático ambos sexos tuvieron un riesgo menor.

Distribución según sexo:

Otro de los campos de estudio más importantes es la distribución según el sexo, el cual ha ido variando en las últimas décadas y por ello nos parecía importante nombrarlo.

Desde el comienzo de los estudios en esclerosis múltiple se definió una diferencia de ratio entre los pacientes según su género, siendo algo más común en mujeres que en hombres. No obstante, en últimos estudios realizados por E. Leray et al., se ha comprobado que este ratio (M:H) está aumentando a favor de las mujeres, puesto que el riesgo de padecer la enfermedad ha ascendido a un 2.45 en zonas como Lyon y se ha elevado desde un 1.9 a un 3.2 en Canadá, siendo igual a la de China, situada del mismo modo en 3.2 y comparando estas mismas cifras con Japón podemos comprobar que este ratio aumentó desde un 2.63 en 2001 a un 3.57 en estudios realizados en 2011.

Se ha relacionado este aumento en la prevalencia en mujeres con un cambio en el estilo de vida de estas, seguido de un cambio en los efectos medioambientales desde los primeros estudios hasta la actualidad, resaltando diferentes factores como embarazos tardíos, el uso de anticonceptivos por vía oral, aumento del hábito de fumar, obesidad y una baja actividad física entre otros.

Tras todos estos resultados concluimos con que, de media, el ratio de mujeres que padecen la enfermedad frente a los hombres con las mismas condiciones es de 3.105:1. Este cálculo nos lleva a realizar la siguiente estimación: 3 de cada 4 pacientes con esclerosis múltiple son mujeres, aproximadamente representan un 75% de la población que padece la enfermedad, según los datos calculados.

5 Discusión-Conclusión

Al finalizar este estudio, podemos concluir con que se han cumplido los siguientes objetivos:

- Se ha definido la prevalencia general de la esclerosis múltiple según la raza y el sexo.
- Se ha destacado la diferencia de prevalencia en función de la melanina.
- Se ha destacado la probabilidad de padecer la enfermedad, siendo considerablemente mayor en mujeres.
- Se ha destacado la diferencia de prevalencia en función de diferentes países.

Como conclusión de este escrito, la distribución según la raza y el sexo nos revelan que la enfermedad tiende a aumentar con la latitud (hasta cierto punto de

inflexión) y muestra preferencia por las personas de raza blanca.

No obstante, este último dato se está cuestionando, pues existen estudios que revelan una preferencia y estudios diferentes con la preferencia contraria, por lo que consideramos que este campo debe estudiarse con una mayor profundidad para detectar con mayor precisión los patrones patológicos de la esclerosis múltiple; también sugerimos que el estudio de este parámetro podría tener un impacto positivo en el tratamiento de la enfermedad, puesto que se ha comprobado la eficacia de la vitamina D para frenar su desarrollo y causar mejoras en el paciente, lo que consideramos debe tener cierta relación con la melanina del individuo. También debemos destacar la diferencia estadística de padecer esclerosis múltiple en función del sexo, puesto que, como ya se ha mencionado, los pacientes son en un 75% mujeres (estimado), con un ratio de 3.105 mujeres enfermas de EM por cada hombre.

6 Bibliografía

1. Kurtzke JF. A reassessment of the distribution of multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 1975.
2. Calabresi P.A., M.D. *Diagnosis and Management of Multiple Sclerosis*. Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA. 2004. Recuperado de <https://www.aafp.org/afp/2004/1115/p1935.html>
3. Langer-Gould A. et al. Incidence of multiple sclerosis in multiple racial and ethnic groups. *Neurology*. 2013. Recuperado de <https://www.neurologia.com/noticia/4125/el-color-de-la-piel-influiria-en-el-riesgo-de-padecer-esclerosis-multiple>
4. Leray E., Mordeau T., Fromont A., Edan G.. *Epidemiology of multiple sclerosis*. 2015.
5. Luna Calcaño I.M.. *El Reibergrama en el Análisis del líquido Cefalorraquídeo y el Diagnóstico de Esclerosis Múltiple*. Tesis doctoral. 2014.

Capítulo 193

IMPACTO DE LOS RESIDUOS MEDICAMENTOSOS EN EL MEDIOAMBIENTE Y EN LA SALUD DE LAS PERSONAS

LAURA VELASCO MORENO

1 Introducción

Hasta hacen escasos 20 años, la población española se deshacía de sus medicamentos tirándolos a la basura, por el inodoro, o el desagüe(1). Esto acarreaba grandes problemas medioambientales y se empezó a buscar fármacos que tuvieran el menor impacto mediambiental posible, pero esto no era suficiente. Tirar los medicamentos sin un control sanitario ni un correcto control sobre su uso, acarrea dos grandes problemas a la sociedad:

Impactos medioambientales

Impactos sobre la salud humana

El primer caso de desastre ecológico debido a la contaminación por fármacos es registrado al inicio del siglo XXI, cuando entre los años 2000 y 2003 se observó un aumento de la tasa de mortalidad de una especie de buitres en Pakistán. Esta especie vió disminuida de forma drástica su población entrando en la lista de animales en peligro de extinción. Esto fue originado a que se alimentaban de cadáveres de ganado que habían sido tratados previamente con DICLOFENACO, un AINE que les generaba a estas aves un fallo renal agudo y la muerte.

Sin embargo, los problemas sanitarios de los restos de medicamentos sobre el impacto en la salud humana, todavía no está muy estudiado. La exposición puede ocurrir sobretodo en el consumo del agua potable, las verduras, carnes, turbérculos, pescados y/o lácteos. Debido a las bajas cantidades de contaminantes que se encuentran en los análisis, puede parecer que el riesgo es casi nulo, pero no se puede olvidar que una sustancia también es tóxica aunque sean cantidades muy pequeñas, mantenidas en el tiempo, ya que pueden tener consecuencias fatales. Los contaminantes que más preocupan debido a su extendido uso son: AINES, Betabloqueantes, hipolemiantes y estrógenos. Mientras que antibióticos, antiparasitarios y antimicóticos, preocupan por aumentar la posibilidad de desarrollar cepas resistentes.

Para mitigar estos problemas, se modifican reglamentos, hay movilizaciones, y se crean entidades encargadas de proteger y promover medidas que reduzcan el riesgo que los medicamentos ocasionan en la salud humana y medioambiental por una mala eliminación de los mismos.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia del reciclaje del medicamento, desde la forma farmacéutica, hasta su material de acondicionamiento de una forma correcta y segura tanto para el medioambiente, como para la salud de las personas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una lectura minuciosa de diferentes artículos y revisiones bibliográficas sobre la literatura existente. Se han realizado búsquedas en diferentes portales oficiales y en las principales bases de datos disponibles.

4 Resultados

Para intentar terminar con esta problemática y minimizar el impacto que estos actos acarreaban, se crea SIGRE, una entidad sin ánimo de lucro, encargada de garantizar la correcta gestión de los envases y restos de medicamentos, que se generan en España.

SIGRE se puso en marcha en 2001, pero todavía, como farmacéuticos, técnicos

en farmacia y sanitarios, nos queda mucho por hacer promocionando el correcto reciclaje de los medicamentos, sus envases, y concienciando a nuestros pacientes de la importancia de la correcta eliminación del medicamento, una vez caducados o finalizado el tratamiento.

Se ha observado que, según un sondeo realizado por SIGRE, un 86% de los hogares recicla medicamentos a través de su farmacia, destacando en su participación a mayores de 55 años y enfermos crónicos (2). Hay un importante aumento del 56% de los ciudadanos que son conscientes de que tirar residuos de medicamentos, como los antibióticos, por el desagüe o a la basura, es muy perjudicial para la sociedad por contribuir al desarrollo de las resistencias bacterianas. Además, en España, hasta el 31 de Diciembre de 2021 había 22016 farmacias colaboradoras con SIGRE, 342 laboratorios adheridos, y 142 almacenes de distribución colaboradores.

El 82% de las personas que han participado en el sondeo, afirma que reciclan sus medicamentos caducados o aquellos que ya no van a necesitar. A su vez, más del 90% cree que el punto SIGRE en la farmacia es el sitio idóneo donde reciclar estos residuos dado a que el 98% de los ciudadanos tienen una oficina de farmacia cerca.

Encuanto al impacto en los productos de consumos, actualmente, la norma básica que regula el límite máximo de medicamentos veterinarios (LMR) es el reglamento (CE) 470/2009. El LMR es el contenido resultante de la utilización de un medicamento en animales productores, legalmente autorizado en la unión europea y considerado como admisible desde el punto de vista del consumidor en un producto alimenticio y sirve como referencia para la determinación de tiempo de espera en las autorizaciones de comercialización de los medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

En todas las revisiones y lecturas llevadas a cabo, se habla mucho del reciclaje de medicamentos, pero no tanto de sus envases o embalajes una vez que el fármaco se ha acabado, y si se hace, apenas explican el porqué de esta importancia. Desde las oficinas de farmacias y las consultas farmacéuticas hospitalarias, se hace especial incapié en lo importante que es deshacerse correctamente de los medicamentos y su material de acondicionamiento, pero observamos que la sociedad, todavía piensa que el blíster o el frasco, entre otro acondicionamiento del fármaco, es algo inocuo y que no afecta al medioambiente siempre que se recicle en el contenedor del color que le corresponda por su composición. Esto es un

gran error en el que caen muchas personas, ya que no solo afecta a la contaminación del mediambiente, sino a la salud de todos, por lo que en el papel de los técnicos de los medicamentos (farmacéuticos y técnicos de farmacia), es muy importante hacer incapié de que esos envases llevan restos de sustancias que, por desconocimiento, atentan contra nuestra salud, favoreciendo el desarrollo de las resistencias bacterianas, acabando con flora y fauna marina, incluso intoxicando a animales salvajes o callejeros.

6 Bibliografía

www.sigre.es

1: <https://www.rtve.es/noticias/20211018/espana-ensena-reciclar-medicamentos-sigre/2193641.shtml>

2: <https://www.retema.es/noticia/el-86-de-los-hogares-espanoles-recicla-medicamentos-a-traves-del-punto-sigre-de-la-fa-pzRDI>

https://files.sld.cu/medicamentos/files/2017/01/INFAC_Vol_24_n_10_farmacontaminacion.pdf

<https://acsa.gencat.cat/es/detall/article/Limite-maximo-de-residuos-LMR-de-medicamentos-veterinarios>

<https://acsa.gencat.cat/es/detall/article/Limite-maximo-de-residuos-LMR-de-medicamentos-veterinarios>

Capítulo 194

EL GUIADO POR ULTRASONIDOS Y SUS PARÁMETROS DE ATENUACIÓN

MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA

ANA BELEN ORTEGA GARCIA

RAMIRO RUIZ GARCIA

MARIA DOLORES BELLON COBO

MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME

1 Introducción

La prevalencia de la enfermedad del hígado graso no alcohólico está creciendo en todo el mundo con el aumento de la obesidad.

Entre las muchas formas de esteatosis hepatitis no alcohólica ha atraído la atención, ya que puede progresar a cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular debido a apoptosis de hepatocitos, inflamación y fibrosis.

Tradicionalmente, la biopsia hepática ha sido el estándar de oro para el diagnóstico y la evaluación de la esteatosis hepática.

Sin embargo, este método tiene algunos problemas como el error de muestreo y la variabilidad entre patólogos.

Además, la naturaleza invasiva del procedimiento crea un riesgo de complicaciones.

La fracción grasa de densidad ha sido aceptada como un estándar de referencia no invasivo, pero con acceso limitado.

El alto costo impide el uso generalizado, especialmente con respecto a los exámenes de seguimiento regulares.

La ecogenicidad hepática en el ultrasonido B-Mode es ampliamente utilizada para la detección de esteatosis hepática.

Esta técnica no permite una evaluación cuantitativa, ya que la textura o el brillo del hígado pueden variar en función de los parámetros de imagen utilizados o la técnica del examinador por lo tanto, una cuantificación objetiva por ultrasonido, desea el método para la clasificación de la esteatosis en pacientes actuales y potenciales con esteatosis hepática no alcohólica. Recientemente, se desarrolló una herramienta que utiliza la atenuación de la onda de sonido. Sin embargo, puede ser susceptible a la multirreflexión, artefactos de tejidos subcutáneos, así como estructuras disyuntivas y como vasos o diafragma desde el área de medición que no está guiada por imágenes.

Este capítulo describe el parámetro de atenuación guiado por ultrasonido, un método guiado por imágenes en tiempo real de medir la atenuación de la onda sonora. Los principios del método así como la evaluación clínica se presentan como los resultados.

2 Objetivos

Conocer la técnica del guiado por ultrasonidos y sus parámetros de atenuación.

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 la onda de ultrasonido se propaga en un órgano, como el hígado, se debilita gradualmente debido a la difusión, dispersión y absorción. Conoce como atenuación del sonido, el resulta de menor señal que regresa al transductor, haciendo que la imagen se oscurezca con la profundidad. Si una imagen de un hígado sano tiene un brillo de imagen uniforme sobre la profundidad, esto se debe

a la capacidad de compensación de ganancia de tiempo del ultrasonido, que se aplica una ganancia diferente para cada profundidad. La presencia de muchas gotas lipídicas se considerarían como el caso de un hígado graso.

Los hepatocitos se convierten en el factor dominante de la atenuación, causando a veces señales de eco insuficientes en la zona más profunda.

La amplitud de la onda de ultrasonido u que se propaga en la dirección x se expresa como $u=u_0e^{-\alpha x}$, donde u_0 es el amplitud a $x=0$ y α es la tasa de atenuación. Dado que la atenuación del sonido aumenta casi proporcionalmente a la frecuencia (que oscila entre 1 MHz y 10 MHz), la tasa de atenuación se puede aproximar por $\alpha = \alpha_0 f$, donde

α_0 es el coeficiente de atenuación (dB/cm/MHz) y f es la frecuencia en [MHz].

Los coeficientes se utilizan principalmente para evaluar la atenuación por ultrasonido en tejidos humanos.

Al medir la pendiente de atenuación proporcionaría información sobre la atenuación hepática. Sin embargo el perfil sonoro en la señal real no es tan sencillo, esta complejidad es causada por un haz de sonido enfocado de la transmisión, así como las condiciones de recepción. Para cancelar o compensar esta complejidad, se han reportado varios métodos.

El guiado por ultrasonidos y sus parámetros de atenuación realizan la compensación basada en un

Método Reference-Phantom.

El perfil de la amplitud de eco para un fantoma que imita tejidos se mide en la dirección de la profundidad y se almacena en el sistema de ultrasonido como referencia. En este caso, una frecuencia de 3,5 MHz se utiliza en fantomas estándar de la industria incluyen partículas de perlas de vidrio para atenuar materiales y así conocer el coeficiente de atenuación. En el modo guiado por ultrasonidos y sus parámetros de atenuación, las condiciones de transmisión y recepción son fijados a los mismos valores que se utilizaron en el fantoma de referencia y los perfiles de eco adquiridos del objetivo

(hígado) se compensan con los datos de referencia. Como resultado, los perfiles de sonido compensados representan una decadencia causada por atenuación. Si el perfil de sonido compensado es plano, la atenuación es la misma que la fantoma de referencia.

Aunque se compensa el perfil de sonido dependiente del sistema, todavía hay problemas para realizar una medición exitosa.

Por ejemplo, estructuras como grandes vasos y diafragma puede deformar el perfil de la pendiente. O bien, multi-reverberación en la grasa subcutánea puede generar artefactos en el parénquima hepático.

O bien, la información necesaria para determinar la pendiente puede verse disminuida si la atenuación es muy grande. Para evitar estos problemas, el guiado por ultrasonido y sus parámetros de atenuación incluye un algoritmo de medición automatizado para encontrar y luego analizar el rango de medición óptimo. El punto de partida del rango se determina analizando la linealidad y la discontinuidad del perfil de eco cerca de la superficie del hígado, evitando así los artefactos de reverberación múltiple. Además, el algoritmo detecta y evita automáticamente las profundidades donde la señal del ruido y la relación es insuficiente. Esto permite que el algoritmo emplee el punto final más profundo y utilizable. El diafragma también es automático.

Finalmente, el ángulo de la pendiente se mide a través de este rango óptimo para proporcionar un coeficiente de atenuación representativo.

Porque esta medición se lleva a cabo en los datos brutos de una imagen congelada y no depende de una ganancia u otra. El objetivo de estas automatizaciones es hacer la medición del guiado por ultrasonido y sus parámetros de atenuación y depende menos de la posición del ROI y más fuerte en varios tamaños y condiciones hepáticas.

5 Discusión-Conclusión

El guiado por ultrasonido y sus parámetros de atenuación es un nuevo método no invasivo para medir los parámetro de atenuación cuantitativa específicos del paciente que está bien correlacionado con la biopsia hepática para discriminar la esteatosis hepática entre los pacientes con enfermedades cirróticas.

La imagen en modo B proporciona una guía anatómico, mientras que los mapas de atenuación y calidad proporcionan una guía de calidad. Esta combinación proporciona una amplia asistencia al usuario para la colocación adecuada del guiado por ultrasonido y sus parámetros de atenuación.

Por último, los algoritmos automatizados optimizan los resultados dentro de la medición especificada del ROI. Como tal el guiado por ultrasonido y sus parámetros de atenuación son una herramienta fácil y rápida que, en combinación con la elastografía de onda de corte 2D, tiene el potencial para ayudar en el diagnóstico inicial y la atención de seguimiento de los pacientes con enfermedades cirróticas.

6 Bibliografía

1. Loomba R, Sanyal AJ. La epidemia mundial de EHGNA. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 10, 686-690, 2013.

2. Angulo P. Enfermedad del hígado graso no alcohólico. *N Engl J Med*, 346, 1221-1231, 2002.
3. Ratziu V, Charlotte F, Heurtier A, Gombert S, Giral P, Bruckert E, Grimaldi A, Capron F, Poynard T, Grupo LS. Muestreo variabilidad de la biopsia hepática en la enfermedad del hígado graso no alcohólico. *Gastroenterología*, 128, 1898-1906. 2005.
4. Karlas T, Petroff D, Sasso M, Fan JG, Mi YQ, de Ledinghen V, Kumar M, Lupsor-Platon M, Han KH, Cardoso AC, Ferraioli G, Chan Wk, Wong VW, Myers RP, Chayama K, Friedrich-Rust M, Beaugrand M, Shen F, Hiriart JB, Sarin SK, Badea R, Jung KS, Marcelin P, Filice C, Mahadeva S, Wong GL, Crotty P, Masaki K, Bojunga J, Bedossa P, Keim V, Wiegand J. Individual metanálisis de datos de pacientes de la tecnología de parámetros de atenuación controlada (NAC) para evaluar la esteatosis. *J Hepatol*, 66, 1022-1030, 2017.
5. Manual de ultrasonido, Maruze-Yushodo Co. (en japonés) 1999.
6. Fujiwara Y, Kuroda H, Abe T, Ishida K, Oguri T, Noguchi S, Sugai T, Kamiyama N, Takikawa Y. El modo B guiado por imágenes
El parámetro de atenuación por ultrasonido detecta con precisión la esteatosis hepática en la enfermedad hepática crónica. *Ultrasonido en Med Biol*, 44(11), 2223-2232, 2018.
7. Mamou J, Oelze ML. Ultrasonido cuantitativo en tejidos blandos. Springer, 2013.
8. Yao LX, Zagzebski JA, Madsen EL. Mediciones del coeficiente de retrodispersión utilizando un fantasma de referencia para extraer la profundidad factores de instrumentación dependientes. *Ultrason Imaging*, 12, 58-70, 1990.
9. Suzuki Y, Yasuda S, Toyota H, Imajo K, Nakajima A, Sugimoto K, Kuroda H, Yasui Y, Kurosaki M, Kumada T. Evaluación de la esteatosis hepática en la enfermedad hepática crónica por UGAP: comparación con MRI PDFF. *Jpn J Med Ultrasonidos* 48, S275 (Suppl.), 2021.
10. Wong RJ, Aguilar M, Cheung R, et al. La esteatohepatitis no alcohólica es la segunda etiología principal de la enfermedad hepática entre los adultos que esperan un trasplante de hígado en los Estados Unidos. *Gastroenterología* 2015; 148:547-555.
11. Imajo K, Kessoku T, Honda Y, et al. Imágenes de resonancia magnética clasifican con mayor precisión la esteatosis y la fibrosis en
Pacientes con enfermedad del hígado graso no alcohólico que elastografía transitoria. *Gastroenterología*. 2016 Marzo;150(3):626-637.e

Capítulo 195

IRRADIACIÓN DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS EN RADIOTERAPIA PARA LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED: INDICACIONES Y DOSIS EMPLEADAS

SILVIA MARTIN HERRERO

NOELIA CAMPO DE LAMO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

LAURA SALGADO MÉNDEZ

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

1 Introducción

La transfusión de sangre y componentes sanguíneos es un modo seguro y eficaz para corregir déficits hematológicos.

La transfusión sanguínea es un procedimiento terapéutico basado en el aporte de los diferentes componentes sanguíneos (hematíes, plaquetas, granulocitos y plasma) obtenidos a partir de la donación altruista.

En los pacientes con riesgo de Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH), trastorno potencialmente mortal en el que las células del donante adquieren el

control del sistema inmunitario, se recomienda el uso de estos componentes sanguíneos tratados con radiación.

Se trata de una complicación que sucede al trasplante y que consiste en una respuesta inmune del tejido donante frente a un huésped inmunocomprometido. Las diferencias entre las células del donante y los tejidos del receptor pueden provocar que las células del donante reconozcan los tejidos corporales del receptor como extraños. En este caso, las células trasplantadas atacan el cuerpo del receptor del trasplante.

La enfermedad injerto contra huésped (EICH) asociada a transfusiones se produce por una respuesta inadecuada y autodestructiva del organismo frente a la incorporación y proliferación de linfocitos presentes en los hemoderivados que se transfunden, los que por determinadas razones no son rechazados por el receptor de la transfusión.

Para el desarrollo de esta complicación, el componente sanguíneo transfundido debe contener linfocitos viables en cantidades adecuadas y el anfitrión debe estar en un estado de inmunosupresión que le impide reconocer y establecer una respuesta contra antígenos extraños, produciéndose incapacidad del huésped para generar una respuesta inmune contra los elementos celulares del donante.

Estas células injertadas desencadenan una respuesta inmune celular, manifestándose como un síndrome agudo que afecta a la piel, hígado, tracto gastrointestinal y médula ósea.

Actualmente, no existe una terapia efectiva para esta patología, resultando la prevención la única alternativa terapéutica segura.

Teniendo en cuenta la baja respuesta a los tratamientos y la alta mortalidad, la radiación gamma de los componentes sanguíneos es la única forma segura de prevenir la aparición de EICH por transfusión.

2 Objetivos

Conocer el estado actual de la irradiación de productos sanguíneos en radioterapia para la enfermedad injerto contra huésped, comprendiendo el porqué de su uso o indicaciones y la dosis óptima que se emplea para ello.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han consultado artículos en las principales bases de datos; Google Academy, Pubmed, Medline y Scielo, seleccionados por palabras clave como “irradiación”, “radioterapia”, “hemoderivados” y otras, y su posterior cribado y análisis.

4 Resultados

El empleo apropiado de hemoderivados irradiados constituye un pilar básico de la medicina transfusional moderna para minimizar los riesgos derivados de la transfusión sanguínea.

Las diferentes situaciones para las que está indicada la irradiación de hemoderivados en radioterapia son:

☒ Inmunodeficiencias congénitas.

☒ Trasplante de médula ósea o progenitores hematopoyéticos: el régimen de acondicionamiento para realizar el trasplante, el uso de fármacos inmunosupresores y los cambios en el sistema inmunitario producen una intensa inmunosupresión en estos pacientes.

☒ Enfermedad de Hodgkin: estos pacientes sufren un déficit en su sistema inmunológico debido a la inmunosupresión inducida por la quimioterapia y la radioterapia, pero también por su propia enfermedad.

☒ Tratamiento con análogos de las purinas (fludarabina, cladribina y pentostatina): el tratamiento con análogos de purina induce una depresión prolongada de los linfocitos CD463.

☒ Transfusiones con identidad parcial o total de HLA (Antígenos Leucocitarios Humanos): la similitud de las proteínas HLA hará que la respuesta inmunitaria del huésped se vea afectada al no reconocer las proteínas HLA de los linfocitos transfundidos como extraños, favoreciendo su proliferación.

☒ Donaciones familiares: como medida de seguridad se recomienda irradiar componentes sanguíneos de donaciones cuando provengan de parientes de primer grado como padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, primos y tíos.

☒ Pediatría: transfusiones intrauterinas, exanguinotransfusiones y recién nacidos prematuros: por la inmadurez del sistema inmunológico fetal, pudiendo favorecer el desarrollo de tolerancia a los linfocitos de las transfusiones.

Las células irradiadas presentan un período de conservación de 28 días. Sin embargo, la radiación se puede llevar a cabo en cualquier momento durante el alma-

cenamiento, de manera que no quede comprometido su período de conservación. Se recomienda irradiar los componentes sanguíneos inmediatamente antes de su uso.

La dosis no debe comprometer la viabilidad celular ni provocar cambios en las características de los componentes sanguíneos.

Según un estudio, a dosis del orden de 25 Gy o mayores, los linfocitos T presentes inicialmente en la muestra sanguínea sin irradiar dejan de expresar antígenos de superficie debido probablemente a un efecto radioinducido y/o por activación de la muerte celular.

Según otro estudio, los resultados de las investigaciones muestran una dosis óptima de 2000 cGy a 3500 cGy a todo el volumen para neutralizar las células responsables de la enfermedad de injerto contra huésped de las transfusiones de sangre. Todas las mitosis se suspenden a dosis entre 2500 y 3000 cGy.

5 Discusión-Conclusión

Para la Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH), la prevención mediante el uso de hemoderivados irradiados representa la única medida terapéutica demostrada. Esta enfermedad afecta fundamentalmente a pacientes inmunosuprimidos.

La irradiación de productos hemoderivados estaría indicada principalmente en el trasplante de células hematopoyéticas y de algunos órganos incluida la médula ósea, en pacientes inmunocomprometidos incluyendo la enfermedad de Hodgkin y tratamientos con análogos de purinas, similitudes entre proteínas HLA (Antígenos Leucocitarios Humanos), donaciones familiares o en determinados casos de pediatría como fetos a quienes se les transfieren linfocitos maternos.

La dosis que se recomienda para la irradiación de estos productos hemoderivados oscila entre los 25 y los 30 Gy, y se deben irradiar lo antes posible a su utilización.

6 Bibliografía

1. M M del PO. Efectos adversos de las transfusiones sanguíneas y hemoderivados. Médicas UIS [Internet]. 2006 Dec 21 [cited 2022 Jun 26];19(3). Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2035>
2. Ayala Vilorio A, González Torres H, David Tarud G. Transfusiones en pediatría Transfusions in paediatrics. Barranquilla (Col) [Internet]. 2017;33(2):187–201. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n2/2011-7531-sun-33-02-00187.pdf>

3. Cook LS. Tratamientos con hemoderivados. Nursing (Ed española). 2009 Nov;27(9):26–9.
4. Hernández Cancino CM, Córdova Petersen R, Nemoto Vergara Sasada I, Siviero Dillenburg C, Hellwig I. Enfermedad injerto contra huesped: sus manifestaciones bucales. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2022 Jun 26];54(1):106–12. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100010&lng=es..
5. WEGNER A A, PACHECO V S, CÉSPEDES F P, GUEVARA Q R, MALLEA T L, DARRAS M E, et al. Enfermedad injerto contra huésped asociada a transfusión. Revista chilena de pediatría. 2007 Oct;78(5).
6. Landi EP, de Oliveira JS. [Transfusion-associated graft-versus-host disease guideline on gamma irradiation of blood components]. Revista Da Associacao Medica Brasileira (1992) [Internet]. 1999 Jul 1 [cited 2022 Apr 17];45(3):261–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10513059/#::text=Gamma%20irradiation%20of%20blood%20products>
7. Salido E, Dra F, Sanz E, Presentación I, Muñoz A. SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA [Internet]. [cited 2022 Jun 26]. Available from: <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/7655/Manual.de.transfusio.191486.0.pdf?sequence=1>
8. Fernandes MAR, Pereira AJ, Novaes PERS. Utilization of radiotherapy equipment for blood and derivatives irradiation: ideal dose determination; Utilizacao de equipamentos de radioterapia para irradiacao de sangue e hemoderivados: determinacao da dose ideal. wwwostigov [Internet]. 1995 Dec 31 [cited 2022 Jun 26]; Available from: <https://www.osti.gov/etdeweb/biblio/384056>
9. Fernandes MAR, Pereira AJ, Novaes PERS. Blood, blood compounds and cell cultures irradiation in clinical radiotherapy equipment: studies on ideal volume and dose; Irradiacao de sangue, hemoderivados e culturas celulares em equipamento de radioterapia de uso clinico: estudo sobre volume e dose ideais. wwwostigov [Internet]. 1995 Dec 31 [cited 2022 Jun 26]; Available from: <https://www.osti.gov/etdeweb/biblio/387669>
10. Páramo J, Monedero P, Hidalgo F, Hernández M, Páramo J. Fundamentos básicos para el empleo de hemoderivados y estrategias de ahorro de sangre en cirugía ARTÍCULOS DE REVISIÓN Resumen [Internet]. 2008 [cited 2022 Jun 26]. Available from: <https://revistas.unav.edu/index.php/revista-de-medicina/article/download/7723/6760>

11. Santacruz-Gómez, K.; Manzano, C.; Meléndez, R.; Pedroza-Montero, M.; Castaneda, B. Estudio de los fenómenos de destrucción celular en leucocitos de sangre humana irradiada con gamma [Internet]. *Alasbimn Journal*. 2012 [cited 2022 Jun 26]. Available from: <http://www.alasbimnjournal.net/a/42>

Capítulo 196

EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO Y LA TÉCNICA DE EKLUND

MARTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Se conoce como Técnica de Eklund a la realización de una mamografía con la retropulsión de la prótesis mamaria en aquellas personas que cuentan con una. Desde que los implantes mamarios entraron en escena, en 1962, la comunidad científica llevó a debate el rol de la silicona en la aparición de algunas enfermedades como el cáncer y las respuestas autoinmunes. Finalmente, no se encontró evidencia científica que estableciera una relación peligrosa, pero a día de hoy, la preocupación reaparece ante la sospecha de que el implante pueda interferir con un screening o exploración diagnóstica convencional a la hora de detectar el cáncer de mama.

Cuando un paciente lleva prótesis, el radiólogo no se debe conformar con las tomas tradicionales, sino que ha de realizar proyecciones adicionales, ya que las prótesis son cuerpos opacos a los rayos X y el tejido mamario que queda situado por encima y por debajo de la prótesis está tapado por ella. Se realiza, entonces, una mamografía y además se practica la técnica de Eklund.

Con esta técnica lo que se pretende es desplazar la prótesis hacia atrás y el tejido mamario hacia adelante mientras se ejerce simultáneamente la compresión, mejorando porcentualmente la cantidad de tejido mamario a radiografiar y la posibilidad de comprimir la mama.

El Técnico Especialista en Radiodiagnóstico debe estar perfectamente formado y cualificado para realizar la técnica de una forma adecuada, pudiendo obtener así unos resultados claros y fiables.

2 Objetivos

El principal objetivo que persigue este presente capítulo es analizar la técnica de Eklund para la proyección con prótesis de mamas.

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. Se ha establecido una serie de palabras clave y diferentes criterios de inclusión y exclusión para limitar la búsqueda de resultados.

4 Resultados

Esta técnica está encaminada a conseguir aumentar la cantidad de parénquima mamario visible en una radiografía. Consiste en desplazar la prótesis hacia el dorso de la mama, dejándola fuera de la pala de compresión, con lo que solo se comprime y representa el tejido mamario.

En la adquisición mamografía, se realizan las proyecciones cráneo caudal y medio lateral oblicuas, como en cualquier estudio, tomando las proyecciones con la prótesis.

La proyección cráneo caudal se hace con el exposímetro en manual y se coloca como la cráneo caudal normal y la proyección oblicua medio lateral se aumenta un tercio el factor de exposición aproximadamente y se coloca como la oblicua medio lateral normal.

Se obtienen mejores resultados cuando la prótesis mamaria se ha colocado por detrás del pectoral mayor (retropectoral).

En las prótesis retromamarias, la maniobra de Eklund mejora en un 25 a 30% la visualización del tejido mamario, evita el riesgo de rotura de la prótesis, realiza una compresión homogénea del tejido que mejora la calidad de la imagen y disminuye la dosis.

Tras una mamografía, el grado de certeza en relación con la ausencia de lesiones mamarias está en un 92% en pacientes sin prótesis, y en un 60% en pacientes con implantes.

Cuando se realiza un estudio del tejido mamario, la mamografía busca poner en evidencia microcalcificaciones y/o nódulos. Sin embargo, existe un pequeño porcentaje de la mama que aparece oscurecido por la prótesis.

Si tras realizar la técnica existen dudas, se puede utilizar la resonancia magnética (RNM), una modalidad diagnóstica fiable para evaluar tanto la integridad del implante como el estado del tejido mamario, ya que las imágenes de alta sensibilidad que se obtienen con la RMN no se ven afectadas por la opacidad de los implantes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la búsqueda bibliográfica, se puede concluir que la técnica de Eklund es un procedimiento que se utiliza para hacer una radiografía (rayos X de las mamas) en mujeres con implantes de mama. Para ello, se empuja el implante hacia atrás contra la pared del pecho y el tejido de la mama se trae hacia adelante y alrededor del implante para poder observarlo en una mamografía.

El Técnico Especialista en Radiodiagnóstico debe contar con los conocimientos y la destreza adecuada para realizar la técnica lo más correctamente posible, evitando en todo momento el malestar del paciente y obteniendo a su vez los mejores resultados posibles.

6 Bibliografía

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

Capítulo 197

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR : ¿QUIÉN ES Y CUÁLES SON SUS FUNCIONES?

CRISTIAN GALÁN VALLEJO

1 Introducción

Para comenzar el presente trabajo diremos que el diagnóstico por imagen es una técnica en radiología que permite a los profesionales de la salud observar el interior del cuerpo para encontrar indicios de alguna patología. Dependiendo del tipo de estudio que el técnico en radiodiagnóstico quiera examinar tendrá que hacer una u otra prueba. Este tipo de pruebas las realizará siempre en función de la petición del facultativo.

En los tiempos que corren, la radiología es una especialidad de la medicina que está experimentando muchos cambios debido a las innovaciones tecnológicas producidas en este área. Estos avances influyen de una manera muy notoria en el funcionamiento del ejercicio del técnico en radiodiagnóstico, quien tendrá que reciclarse de una forma académica y profesional y de una manera constante para poder adaptarse de la mejor manera posible a la evolución del sector sanitario, y de esta manera ser uno de los mejores.

También en este apartado definiremos que es la medicina nuclear

- La medicina nuclear es una especialidad médica que utiliza sustancias radioactivas (radiofármacos) para el diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades.

Los expertos en técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear son uno de los perfiles más buscados en el área de la sanidad, tanto en el sector público como en el privado. Ya que hoy en día este tipo de profesionales escasean.

2 Objetivos

El principal objetivo del técnico en imagen para el diagnóstico en el ámbito sanitario será ocuparse principalmente de la obtención de imágenes en las diferentes pruebas radiológicas que se realicen a los diferentes pacientes que se encuentren en un centro sanitario público o privado.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: técnico, imagen, diagnóstico, funciones.

4 Resultados

Los técnicos/as en imagen para el diagnóstico colaborarán utilizando sus conocimientos y habilidades para interpretar las imágenes de las diferentes pruebas realizadas, además de intercambiar opiniones con otros profesionales sanitarios, en ocasiones, trabajan con un equipo médico especialista, conocidos como radiólogos. A continuación y de una forma resumida, enumeraremos las funciones que deberá llevar a cabo un técnico/a en imagen para el diagnóstico:

- En primer lugar organizará y gestionará su área de trabajo asignada en la unidad .
- Interpreta las peticiones médicas para los exámenes diagnósticos que deben realizarse utilizando distintas técnicas y aparatos.
- Comprobará las existencias de material de consumo en la unidad y realizará el pedido del material que considere que se necesita para la nueva jornada.
- Acogerá al paciente con un trato agradable y respetuoso.
- Obtendrá registros gráficos del cuerpo humano, utilizando equipos radiográficos y/o equipos de procesamiento informático de imágenes de resonancia magnética

y tomografía axial computarizada. Para el técnico en imagen para el diagnóstico esta es la función que más realizará a lo largo de su jornada laboral.

- Siempre y de una manera estricta aplicará y comprobará las normas de radioprotección, definidas por la legislación vigente, en las unidades de aplicaciones médicas de las radiaciones ionizantes, bajo la supervisión del médico nuclear o de quien corresponda.

Los técnicos en imagen para el diagnóstico también tienen que protegerse a sí mismos y a los demás profesionales sanitarios que se encuentren cerca del gabinete de la radiación durante el funcionamiento de los diferentes equipos. Es tan importante saber realizar todas las pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente, como conocer y saber aplicar las medidas oportunas de seguridad. Siempre y por encima de todo resultará imprescindible garantizar la seguridad del paciente y la de todo el equipo sanitario implicado en la obtención de las imágenes diagnósticas o en los tratamientos radiometabólicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, durante los últimos años, la radiología ha experimentado un constante cambio tecnológico que no sólo influye en la mejora del funcionamiento de los equipamientos, sino que supone un cambio en el ejercicio de los técnicos en imagen para el diagnóstico, quienes requieren una actualización formativa para adaptarse al medio.

Este es el caso de este tipo de profesionales sanitarios, quienes se ocuparán principalmente de las tareas de obtención de imágenes en las diferentes pruebas radiológicas, y junto con el médico radiólogo realiza el diagnóstico del paciente, por ello es tan importante un correcto reciclaje constante de los conocimientos y avanzar con los tiempos modernos para así poder ser un mejor profesional sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 198

REENVASADO DE MEDICAMENTOS. CÓMO LA TECNOLOGÍA PUEDE FAVORECER SU IDENTIFICACIÓN Y MEJORAR SU USO-EFICACIA

LAURA VELASCO MORENO

1 Introducción

El reenvasado de medicamentos es una práctica habitual en los servicios de farmacia hospitalaria que consiste en introducir un fármaco concreto en un envase individual sellado y correctamente etiquetado para permitir la identificación del mismo de forma clara con toda la información necesaria para su dispensación como el nombre comercial o genérico con principio activo, la dosis del fármaco, fecha de reenvasado, fecha de caducidad, número de lote, el servicio de farmacia y el hospital al que pertenece.

Este tipo de prácticas se realizan tanto en fórmulas magistrales realizadas por el laboratorio de farmacotécnica del hospital (en el caso de dispensación unitaria) como en aquellos medicamentos que, por las circunstancias de su acondicionamiento, no permite la dispensación unitaria con la identificación de cualquiera de los datos anteriores.

Los medicamentos reenvasados se dispensan principalmente a pacientes ingresados en el hospital o pacientes externos. Los pacientes externos son aquellos pertenecientes al ámbito poblacional de las zonas básicas de salud asignadas que no estando hospitalizados reciben medicación directamente en el Servicio de Farmacia de Hospital por requerir una especial vigilancia, supervisión y control en el campo de la Atención Sanitaria especializada(1).

Tanto en planta como en consultas de pacientes externos, estos pacientes reciben las indicaciones necesarias y todos los datos relativos que deben conocer respecto a su medicación, pero son los profesionales sanitarios quiénes deben acceder a menudo a la información de los prospectos, susceptible a cambios, y que no siempre llegan a tiempo real, además, de poder facilitar a los pacientes la última revisión de este documento y con posibilidad de ser leído en diferentes idiomas para el caso de pacientes extranjeros.

2 Objetivos

Conocer cómo puede ser aplicada la tecnología y sus avances a los medicamentos hospitalarios, pudiendo así, simplificar y facilitar la entrega de información de los tratamientos, llegando a un mayor número de personas, con mayor información de una forma fácil y rápida.

3 Metodología

Para la elaboración de este proyecto, se ha llevado a cabo la lectura de diferentes artículos existentes y lecturas de diferentes bibliografías, se han consultado las bases de datos disponibles como PUBMED o Google Académico y se ha basado en la experiencia de diferentes profesionales sanitarios dedicados a la farmacia.

4 Resultados

Tras las búsquedas realizadas, encontramos que desde Enero de 2022 comienza un proyecto piloto en diferentes hospitales españoles que tiene como objetivo eliminar el prospecto en papel en algunos medicamentos de dispensación hospitalaria (40 concretamente) sustituyendo el actual documento en papel, por un código Datamatrix en el cartonaje. El objetivo de este proyecto, que se enmarca en una iniciativa de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para aplicar la tecnología digital a la información sobre medicamentos, es comprobar cómo las nuevas tecnologías podrían mejorar el acceso y uso de esa información, adaptándola lo más posible a las necesidades de profesionales sanitarios y pacientes y facilitando su consulta, y contribuir así a reforzar el uso adecuado del medicamento y la seguridad del paciente (2). Este piloto, se llevará a cabo sólo en hospitales, incluirá unos cuarenta medicamentos, y está enfocado principalmente a

personal sanitario ya que, según informan, los pacientes no interactúan con esta documentación de los fármacos.

Actualmente, no se encuentran artículos suficientes en los que se trate de implementar este sistema enfocado a la dispensación de medicamentos reenvasados ni enfocados al uso del mismo en los pacientes, aunque se piensa que es una información muy valiosa para que un usuario pueda consultar en el caso de tener dudas de alguna interacción o contraindicación de su tratamiento entre otros datos.

Uno de los motivos que hacen que este trabajo sea escrito es debido, en la práctica, a pacientes que una vez que se la ha dispensado su medicación y llegan a casa, les surgen dudas en relación a qué es recomendable o no hacer en el caso de olvido de la dosis, interacciones o contraindicaciones con determinados alimentos o bebidas, o si tienen alguna conservación especial. Datos que se les facilita en el momento de la dispensación, junto a las contraindicaciones con otros fármacos, fotosensibilidad o fotosensibilizante, tipo de alimentos, momento del día idóneo para la administración... pero que al llegar a casa, o no se acuerdan, o se les olvidó preguntar.

5 Discusión-Conclusión

Se han analizado las diferentes bases de datos y realizado búsquedas en distintos portales de internet, pero sin embargo, no se ha encontrado suficiente información al respecto, con lo que se puede concluir la necesidad de empezar a investigar sobre este tema ya que es un aspecto fundamental para conseguir un mejor uso del medicamento.

Es un gran paso que se apliquen las nuevas tecnologías a la farmacia y sus fármacos, que se comiencen proyectos pilotos y que se le den herramientas vanguardistas a los sanitarios, al igual de importante que esta tecnología se acerque a los pacientes.

Sería muy interesante el implementar por sistema un código digital en la etiqueta de los fármacos reenvasados que pudiera ser leída por la cámara de un teléfono y que redirigieran automáticamente a un enlace de la AEMPS (como fuente oficial) con la última revisión del prospecto para el fármaco en concreto, así, el usuario, podría acceder a una fuente fiable de datos con información actualizada y no recurrir a, por ejemplo, búsquedas en internet, la fuente habitual de consulta sanitaria, pudiendo confundir finalmente a las personas que recurren a la red para buscar este tipo de 'consultas'.

La impresión de este código no supondría una gran inversión económica ya que hay muchas aplicaciones profesionales que generan un código QR o BIDI en base a un enlace previamente seleccionado y una vez generado, podría ser impreso en una etiqueta adhesiva para adjuntarla en la bolsa contenedora de la medicación o en la hoja de dispensación que se le facilita al paciente. Esta herramienta de dispensación podría hacerse también como piloto o proyecto de investigación en un hospital con gran afluencia ya que la lectura de datos sería aún más concreta.

6 Bibliografía

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

Capítulo 199

INDICACIÓN DEL USO DE RADIOTERAPIA EN PATOLOGÍAS NO ONCOLÓGICAS. EL EJEMPLO DEL QUELOIDES Y SU TÉCNICA DE TRATAMIENTO

SILVIA MARTIN HERRERO

LAURA SALGADO MÉNDEZ

NOELIA CAMPO DE LAMO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

1 Introducción

Un queloide es una cicatriz anormal, elevada y de forma irregular que se extiende más allá de la incisión o lesión en la piel debido a la acumulación excesiva de colágeno en la dermis durante el proceso de reparación del tejido conjuntivo. Se trata de una formación de cicatriz exuberante. Estas cicatrices, anormalmente proliferativas, pueden aparecer incluso sobre lesiones cutáneas pequeñas. La degradación deficiente de la matriz intersticial y el remodelado cicatricial inadecuado dan lugar a un aspecto rojo, hipersensible, abultado y duro que es característico de los queloides. Clínicamente se caracteriza por ser un tumor duro,

de epidermis fina y lisa, de color rojo o púrpura, que puede tener zonas de ulceración focalizadas.

Las personas de etnias africanas y asiáticas se ven más afectadas que los caucásicos, por lo que se ha postulado una predisposición genética a padecerlos.

Las principales causas para la formación de queloides son: cirugía, laceraciones, tatuajes, quemaduras, inyecciones, mordeduras, vacunas, piercings, dermatosis, depilación asistida por láser, trauma inducido y otras causas espontáneas; pero fundamentalmente se presentan de forma secundaria a lesiones cutáneas por traumatismo, infección o cirugía.

Cuando el queloide es provocado por quemaduras suele ser muy extenso y puede producir retracciones cutáneas que causan dolor y afectan a la psiquis del paciente. Si el queloide se localiza por encima de las articulaciones o alrededor de ojos y boca, además de las retracciones cutáneas, provocará problemas estéticos. Los queloides producen un deterioro en la calidad de vida por causar desfiguración cosmética, dolor y prurito. En ciertos casos puede conducir a una importante limitación e incapacidad funcional. El prurito suele ser muy intenso y difícil de combatir. En ocasiones, el simple roce de la ropa causa molestia al paciente. También se pueden producir sensaciones parestésicas diversas como ardor, sensaciones de picotazos e incluso molestias neuralgiformes.

Su tratamiento es difícil, con altas tasas de recurrencia.

Dentro de las alternativas terapéuticas más frecuentes se encuentran: masaje, cinta adhesiva, compresión, láminas de silicona, escisión quirúrgica, radioterapia, crioterapia, láser, aplicación tópica de sustancias como el imiquimod e inyecciones intralesionales de verapamilo, corticoides, fluorouracilo (5-FU) o interferón (IFN), entre otras.

La variedad de modalidades de tratamiento sugiere que no existe una terapia satisfactoria, lo que genera frustración tanto para los pacientes como para los médicos.

Los queloides suelen resistir a las medidas conservadoras, con tasas de recurrencia variables. El tratamiento agresivo mediante resección quirúrgica es a menudo la única opción para muchos pacientes, pero la escisión sola conlleva tasas de recurrencia inaceptablemente altas, de entre un 45 a un 100%.

Dentro de todas estas opciones, la extirpación quirúrgica del queloide asociada a radioterapia postoperatoria está considerada como el tratamiento más eficaz, puesto que presenta mayores tasas de éxito en el postoperatorio inmediato, con recurrencias del 10 al 70% dependiendo de la localización, causa, tipo de paciente y protocolo de radioterapia empleado.

Si el queloide es joven, de menos de 3 meses de evolución, puede obtenerse mu-

cho beneficio de la radioterapia superficial, dado que las células son jóvenes y responden bien al tratamiento por la irradiación.

2 Objetivos

- Conocer la fisiopatología de las radiaciones ionizantes en el queloide.
- Conocer la técnica de tratamiento del queloide mediante la radioterapia externa basada en electrones después de su extirpación quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello, se han consultado artículos y libros en las principales bases de datos: Google Academy, PubMed, NCBI y EspaceNet, seleccionados por palabras clave como “queloide”, “radioterapia”, “electrones” y otras, y su posterior cribado y análisis.

4 Resultados

Existen varias formas de radioterapia adyuvante para los queloides resecados quirúrgicamente: rayos X convencional, terapia beta, radioterapia de dosis única y radioterapia de haz de electrones.

El tratamiento combinado de escisión quirúrgica e irradiación postoperatoria con electrones de baja energía es muy eficaz para mejorar la calidad de la cicatriz y reducir la tasa de recurrencia. Además, al ser radiación con poca capacidad de penetración se minimizan los posibles riesgos secundarios, ya que el queloide es un proceso superficial.

La radioterapia con haz de electrones es superior en cuanto a efectividad a la irradiación de rayos X convencional y a la betaterapia en el tratamiento de queloides operados debido a una mejor distribución de la dosis en el tejido.

Su mecanismo de acción se basa en la generación de microtrombosis e inflamación aguda junto con el control de la proliferación e inducción prematura de la muerte celular de los fibroblastos, además de la destrucción de las células basales de la dermis, produciendo así una disminución de la síntesis de colágeno. Administraremos la radioterapia con el haz de electrones inmediatamente después de la intervención quirúrgica, dentro de las 24 horas siguientes. El

tratamiento deberá ser conformado estrictamente a la región del queloide extirpado.

El paciente debe ser posicionado en la mesa del acelerador lineal de acuerdo con la ubicación de la cicatriz quirúrgica y teniendo en cuenta que el plano de dicha cicatriz debe ser perpendicular al eje central del haz de irradiación. En cicatrices planas, la localización es sencilla, pero en cicatrices con pequeñas curvaturas se debe evitar que un extremo no esté más alejado que el otro del plano perpendicular al haz, ya que la capa de aire del lado más alejado puede disminuir significativamente el haz de radiación.

En cicatrices más grandes será necesario dividir la aplicación en dos o más campos, teniendo cuidado con la separación correcta de éstos para evitar la superposición (implica sobredosis) o la separación excesiva (implica subdosis).

Para lograr una adecuada cobertura de la cicatriz con el haz de radiación emplearemos un margen de seguridad de 0,5 a 1,5 cm alrededor de la cicatriz, pudiendo proteger la piel circundante con bloques de plomo.

La duración de la exposición dependerá del tamaño del campo, la distancia de aplicación y la dosis diaria prescrita.

Las dosis pueden variar según estudios:

En una evaluación de la dosis biológica efectiva para la radioterapia postoperatoria en la prevención de queloides se concluyó que la dosis óptima es de 30 Gy o 4 MeV en 16 aplicaciones (dosis total de 32 Gy).

En otro estudio los pacientes recibieron una dosis de 16,5 Gy en 3 fracciones, administradas en días consecutivos. Además, usaron en todos los casos bolus de 5 mm sobre la cicatriz para que la superficie de la piel recibiera la dosis completa de radiación y para limitar la penetración de los electrones en profundidad. En este caso utilizaron haces de electrones con energía de 6 MeV, excepto en los lóbulos auriculares donde los haces fueron de 9 MeV.

En otra investigación para este tipo de terapia usaron electrones de 9 MeV, calculando la dosis a 4 mm de profundidad de la piel, administrando 20 Gy en 4 sesiones de 500 cGy en 2 días, a razón de 2 sesiones al día.

La localización de la lesión puede influir en la respuesta al tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La radioterapia adyuvante está considerada un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento de queloides extirpados quirúrgicamente ya que controla la proliferación de los fibroblastos, deteniendo el ciclo celular e induciendo la senescencia celular prematura. La radioterapia transforma el queloide en un tejido

hipocelular, hipovascular e hipóxico, impidiendo la excesiva migración de fibroblastos y la consiguiente formación de este queloide.

El uso del haz de electrones puede optimizar la distribución de las dosis en el volumen correspondiente, eligiendo la energía más adecuada para cada espesor a irradiar. Con este tipo de radiación la distribución de dosis según la profundidad de aplicación es homogénea, dado que algunas lesiones pueden estar más elevadas. Además, la producción de efectos secundarios es mínima.

Por tanto, los beneficios del tratamiento mediante la aplicación de haces de electrones en las lesiones de queloides postoperatorias son innegables. Con un refinamiento de la técnica quirúrgica, la dosis y el fraccionamiento, y respetando la ubicación, se puede llegar a muy buenos resultados.

En la actualidad no se ha llegado a un consenso con respecto a la dosis total y el número de fraccionamiento que se debe utilizar para el tratamiento de los queloides. En este sentido podemos encontrar en la literatura estudios que reportan buenos resultados con dosis que van desde 16 Gy a 30 Gy.

Si se administra una dosis adecuada de radiación se conseguirá un equilibrio entre la formación de cicatriz y el excesivo crecimiento celular, evitando así la formación del queloide sin retrasar la cicatrización normal.

6 Bibliografía

1. García VDM, Alcalde AAG, Lopez HJP, Llorente EV. Queloide: experiencia terapéutica con radioterapia superficial. *Revista Cubana de Medicina* [Internet]. 2020 Dec 15 [cited 2022 Jun 28];24(4). Available from: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2165/1762>
2. Calderón W, Camacho JP, Obaíd M, Subiabre R, Vinés E, Calderón W, et al. Manejo de queloides mediante combinación de cirugía y radioterapia con haz de electrones. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2022 Jun 28];46(1):57–64. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922020000100009&script=sci_arttext&tlng=en
3. Junior B de O, Schellini SA, Lastória JC, Carvalho LR de, Stolf HO, Oliveira ALP de. Tratamento de queloides usando radioterapia pósoperatória com elétrons: estudo comparativo e randomizado com dois esquemas. *Surgical & Cosmetic Dermatology* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 28];5(1):16–26. Available from: <http://www.surgicalcosmetic.org.br/details/245/en-US/keloid-treatment-using-postoperative-radiotherapy-with-electron-beams--a-comparative-randomized-study-of-two-methods>
4. Cirugía plástica ibero-latinoamericana. *Cirplást iberolatinoam* [Internet].

2009;35:283–90. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v35n4/original5.pdf>

Capítulo 200

EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO Y LA BIOPSIA TRANSTORÁCICA CON AGUJA GUIADA POR IMÁGENES

MARTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El procedimiento de elección para diagnosticar de forma definitiva la mayoría de las lesiones torácicas, es la obtención de muestras citológicas e histopatológicas a través de punción percutánea del tórax guiada por imágenes, independientemente de si están situadas en la pleura, el parénquima pulmonar o el mediastino. Una de las ventajas que posee esta técnica es que puede realizarse de manera ambulatoria.

La técnica de toma de muestras torácicas por vía percutánea están siempre indicadas cuando no se pueda obtener un diagnóstico por broncoscopia o citologías de esputos, y se prevé que el resultado influirá de modo decisivo en la terapia del paciente.

Existen muy pocas contraindicaciones para ejecutar esta técnica, considerándose como contraindicaciones absolutas la presencia de un trastorno de coagulación no corregido y la incapacidad del paciente para cooperar con el procedimiento. Algunas contraindicaciones relativas para realizar la técnica son ciertas patologías como el enfisema buloso, alta sospecha de tumores vasculares, hipertensión arterial pulmonar, insuficiencia cardíaca, ventilación mecánica y evento coronario reciente.

La técnica de biopsia pulmonar percutánea se puede dividir en tres fases: planificación, toma de muestra y cuidados posteriores.

El Técnico Especialista en Radiodiagnóstico debe estar perfectamente capacitado para la toma de muestra, etapa que vamos a analizar en este presente capítulo.

2 Objetivos

Describir los principales aspectos a tener en cuenta por el técnico especialista en Radiodiagnóstico en la técnica de biopsia transtorácica con aguja guiada por imágenes, indicando las posibles complicaciones que de ella puedan derivarse.

3 Metodología

Para elaborar este presente trabajo, se ha realizado 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. Las palabras clave establecidas han sido: radiodiagnóstico, biopsia transtorácica, aguja, imagen.

Se han establecido unos criterios de inclusión como son: acceso a texto completo y gratuito, publicación en inglés y español y publicaciones anteriormente revisadas.

Los criterios de exclusión han sido todos aquellos que no se ajustaban a los criterios de inclusión establecidos.

4 Resultados

Para llevar a cabo esta técnica, el Técnico Especialista en Radiodiagnóstico debe tener presente una serie de aspectos:

- Posición del paciente: es recomendable posicionar al paciente en decúbito supino o prono, pero si se utiliza fluoroscopia o ultrasonido se puede colocar en posición de sentado o en decúbito lateral.
- Garantizar un acceso endovenoso para administrar sedación antes del procedimiento si el paciente lo requiere, tratamiento para tratar el dolor post punción o para cualquier emergencia que pueda surgir.
- Se recomienda ofrecer sedación suave antes de la punción, jamás anestesia general, ya que interfiere con la capacidad de cooperación del paciente.

- Controlar los signos vitales antes de tomar la muestra y corregir cualquier alteración o suspender la técnica si se evidencia inestabilidad hemodinámica. Se ha de colocar el pulsioxímetro y contar con oxígeno y medidas para atender emergencias.
- Marcar en el tórax del paciente el lugar elegido para la punción, guiándonos por las imágenes tomográficas. Se limpiará y desinfectará la zona cutánea, evitando siempre puncionar piel dañada. La inserción de la aguja y la comprobación de la ubicación se realizarán por el método de imágenes que se haya elegido. Los medios más usados como guía son la tomografía axial computarizada y la fluoroscopia.
- Una vez que se haya comprobado que la aguja está en el interior de la lesión, hay que moverla de manera sucesiva hacia adelante y hacia atrás aplicando presión negativa, luego se retira y se comprueba la calidad de la muestra tomada, evaluando si es necesario volver a aspirar.

Las principales complicaciones que pueden presentarse tras la técnica son: neumotórax (complicación más frecuente), hemorragia (segunda complicación más frecuente), dolor post-punción, infección, embolismo aéreo y siembra tumoral en el trayecto de la aguja.

El Técnico Especialista en Radiodiagnóstico debe estar en conocimiento de las posibles complicaciones que se deriven de esta técnica, pudiendo así actuar de forma inmediata tras reconocer la presencia de alguna de ellas en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La biopsia transtorácica con aguja guiada por imágenes es un procedimiento seguro y sensible para el estudio de lesiones en pulmón, pleura o mediastino. Es un procedimiento que se realiza de manera ambulatoria. Las contraindicaciones absolutas se limitan a pacientes que no cooperen con la técnica o presente un trastorno de coagulación no corregido. La tomografía axial computarizada y la fluoroscopia son los medios más usados como guía, permitiendo acceder a cualquier lesión sin importar su localización. El neumotórax es su principal complicación, seguido de las hemorragias.

El Técnico Especialista en Radiodiagnóstico debe estar perfectamente formado y cualificado para llevar a cabo el procedimiento de una manera eficaz y segura.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 201

DETECCIÓN RÁPIDA DE ROTAVIRUS, ADENOVIRUS Y NOROVIRUS EN HECES

VERÓNICA GONZÁLEZ ANTÓN

MÓNICA MERAYO TUYA

NIEVES CASAIS ALLENDE

1 Introducción

Los rotavirus y adenovirus son los virus más frecuentes en causar gastroenteritis en niños y jóvenes, aunque también han sido detectados en adultos. Estos virus se suelen transmitir la mayoría de las veces por contacto feco-oral.

Los principales síntomas de gastroenteritis vírica son diarrea acuosa y vómitos. En menos ocasiones pueden provocar dolor de cabeza, fiebre y dolor de estómago. Los síntomas, normalmente, suelen empezar 1 o 2 días después del contagio y pueden durar tres días para los Rotavirus, de cinco a ocho días para los Adenovirus y hasta diez días para Astrovirus.

Los Norovirus es la principal causa de gastroenteritis epidérmica, incluyendo los brotes de origen alimentario. Pertenecen a la familia de los Caliciviridae y se dividen en cinco genogrupos, que a su vez se dividen en 34 genotipos. Los síntomas más habituales son los vómitos, diarrea acuosa y calambres abdominales. Otros síntomas menos habituales suelen ser náuseas, fiebre y fatiga. El periodo de incubación es de 12 a 48 horas y la infección dura entre 12 y 60 horas. En ocasiones la infección es asintomática lo que hace que el virus se propague en la comunidad. La mayor parte de las veces, la infección se desarrolla sin consecuencias graves.

2 Objetivos

- Explicar cómo detectar de forma rápida los rotavirus, adenovirus y norovirus en muestra de heces.
- Conocer enfermedades y síntomas producidos por los rotavirus, adenovirus y norovirus.

3 Metodología

Para la elaboración de este presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado otros artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Esta prueba es cualitativa inmunocromatográfica para la detección de rotavirus, adenovirus y norovirus (genogrupo I y II) en muestras de heces. El test consta de un cartucho con tres tiras.

La tira A consiste en una membrana de nitrocelulosa fijada previamente con anticuerpos monoclonales de ratón frente a Rotavirus en la línea de test. En la línea de control están presentes anticuerpos policlonales de conejo frente a una proteína específica.

La tira B en la línea de test hay fijados anticuerpos monoclonales de ratón frente a Adenovirus. Y la línea de control anticuerpos policlonales de conejo frente a una proteína específica.

La tira C en la línea de test hay anticuerpos monoclonales de ratón frente a Norovirus y en la línea de control, anticuerpos policlonales de conejo frente a una proteína específica.

Las muestras de heces deben ser recogidas en un recipiente estéril, estas pueden conservarse en frío a 2-8 grados durante 1-2 días. Se pueden conservar hasta un año si se mantienen congeladas a -20 grados.

El kit para la realización de la prueba debe conservarse en nevera a 2-8 grados y acondicionar los reactivos a temperatura ambiente antes de realizar la prueba.

Para la preparación de la muestra abrimos el tubo que nos viene en el kit y con ayuda de un palito introducimos una cantidad suficiente de heces en el tubo. Para ellos es conveniente clavar el palito en cuatro zonas diferentes de la muestra,

cogiendo aproximadamente 125mg, si la muestra de heces es líquida cogeremos 125 microlitros con una micropipeta.

Cerramos el tubo y agitamos la muestra en un vórtex, para mezclar el diluyente del tubo y la muestra.

Preparamos el cartucho del test, cortamos la punta del bote dónde hemos metido la muestra y echamos 4 gotas del líquido en la tira A, B y C.

Leeremos el resultado a los 10 minutos, no es recomendable leer los resultados pasados los 10 minutos.

La interpretación de los resultados: la línea de control sale de color verde, debe aparecer siempre, eso indicará que la prueba ha sido bien realizada, si la línea verde de control no aparece, se tendrá que repetir la prueba. Cuando en la línea de test aparece una línea roja se considerará positivo. Si la línea aparece en la tira A será Rotavirus positivo, en la tira B Adenovirus positivo y si la línea roja aparece en la tira C Norovirus positivo. Si sólo aparecen las líneas verdes en la zona del control, la muestra se considera negativa.

5 Discusión-Conclusión

La gastroenteritis aguda es muy frecuente en niños pequeños, puede causar deshidratación siendo la principal causa de ingreso en niños. La diarrea aguda es un problema de salud muy importante y unas de las principales causas de muerte en países en vías de desarrollo.

En los últimos años ha cobrado mucha presencia los Norovirus ya que se ha presentado con frecuencia en colegios, hospitales así como en los cruceros. Los Norovirus son muy contagiosos con una dosis infecciosa baja, se propaga con la ingesta de alimentos o agua contaminada o por la inhalación de partículas por el contacto con otros pacientes.

6 Bibliografía

1. www.medlineplus.gov/spanish/rotavirusinfections.html
2. www.cdc.gov/rotavirus/about/symptoms-sp.html

Capítulo 202

LEY GENERAL DE SANIDAD

MARINA RODRÍGUEZ URÍA

1 Introducción

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad es una ley promulgada el 25 de abril de 1986 por las Cortes Generales en la que se establece la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución española.

El objeto básico de esta ley es reformar el antiguo sistema de salud y crear un sistema nacional de salud en el que se especifiquen los contenidos más relevantes de la normativa del sector salud.

La ley, con el objetivo principal y último de proteger la salud y el bienestar de todos los ciudadanos, establece los principios generales para que se cumplan los objetivos para los que ha sido elaborada, adoptada y promulgada, creando un nuevo sistema de salud adecuado a las actuales y moderno.

La Ley General de Sanidad se compone de 113 artículos, distribuidos en un título preliminar y siete títulos más. También contiene diez disposiciones adicionales, cinco disposiciones transitorias, dos disposiciones derogatorias y quince disposiciones finales.

Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º, y la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución española.

2 Objetivos

-Conocer los principios generales del derecho médico general.

- Obtener un mejor conocimiento de la Ley General de Salud, como norma programática, fundamental y coordinadora de nuestro actual Sistema Nacional de Salud.

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

Derechos:

Al respeto a su personalidad.

- A la información sobre los servicios sanitarios
- A la confidencialidad.
- Autorización para proyectos de investigación
- A la información.
- A la libre elección.
- A que se le asigne un médico.
- A que se le extienda certificado acreditativo.
- A negarse al tratamiento.
- A la participación en las actividades sanitarias.
- A que quede constancia por escrito de todo su proceso.

Los principios básicos que establece la Ley

* La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad.

* Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento del paciente tras recibir la información adecuada, siendo por escrito en los casos previstos en la Ley.

* El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

* Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. La negativa constará por escrito.

* Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su

obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

* Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

* La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que con dicha Ley todo ciudadano tiene derecho a unas prestaciones que quedan aquí reflejadas, son las siguientes:

*Contenido de la Cartera de servicios

- Prestaciones de salud pública.
- Atención primaria.
- Atención especializada.
- Atención de urgencia.
- Prestación farmacéutica.
- Prestación ortoprotésica (implantes quirúrgicos, prótesis externas, ortesis, sillas de ruedas y ortoprotesis especiales).

*Funciones de la Sanidad son: Diagnóstico, evaluación, análisis y seguimiento de la situación de salud. Vigilancia de la salud pública, investigación, control de riesgos y daños en salud pública.

La atención primaria incluye actividades diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como de promoción, educación y prevención en materia de salud.

6 Bibliografía

- RODRÍGUEZ INIESTA, G. / SEMPERE NAVARRO, A.V. Código de la Seguridad Social. 21ª edición. Pamplona: Aranzadi, Thomson Reuters; 2016.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (boe.es)

Capítulo 203

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL RADIODIAGNÓSTICO EN EL ÁREA DE MEDICINA NUCLEAR

NATALIA ERUSTES LÓPEZ

1 Introducción

La medicina nuclear consiste en utilizar pequeñas dosis de fármacos radioactivos, que los pacientes tienen que inhalar, tragar, o administrados por vía intravenosa. La energía que proporcionan estos radiofármacos se emite en forma de rayos gamma y estos son detectados por una cámara especializada que crea imágenes del interior del cuerpo del paciente.

La radiación gamma es un tipo de radiación electromagnética, y esta formada por fotones (partículas portadoras de luz visible, viajan en el vacío a velocidad constante), generalmente esta producida por elementos que son radioactivos.

Los rayos gamma constituye a un tipo de radiación ionizante debido a las altas energías que estos poseen.

Los pacientes que abusan de este tipo de radiación pueden tener problemas y sufrir alteraciones en el ADN, y dañar los tejidos.

En el departamento de medicina nuclear se utilizan dos tipos con fines diagnósticos:

1. Radioisótopo o radionucléido: Consiste en un átomo que tiene un exceso de energía nuclear, lo que lo hace inestable. La energía que emite puede ser utilizada de tres maneras diferentes:

- radiación gamma: emitida desde el núcleo

- conversión interna: transferida a uno de los electrones para que este se libere en forma de electrón
- partícula alfa o beta: Se utiliza la energía emitida para formar nuevas partículas, desde el núcleo.

2. Radiofármaco: Se prepara a partir de dos componentes una fracción radioactiva y otro compuesto que actúa como radioactivo para constituir el radiofármaco.

2 Objetivos

- Conocer y especificar cuáles son las funciones del técnico en imagen para el radiodiagnóstico en el departamento de medicina nuclear.
- Comprender como se generan las imágenes en el departamento de medicina nuclear

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consistente, utilizando las bases de datos más importantes como: Pubmed, Scielo, Google Scholar, Medline.

Se ha consultado literatura científico sanitaria existente, con referencia a las funciones que desarrolla el técnico en imagen para el radiodiagnóstico en el departamento de medicina nuclear.

Se han utilizado términos de búsqueda que han sido combinados con filtros y descriptores como: Técnico en radiodiagnóstico en medicina nuclear, radiofármacos y radionúclidos.

4 Resultados

Los radiofármacos en el departamento de medicina nuclear se utilizan como compuestos de contraste que se utilizan para inyectarlos al paciente por vía intravenosa entre otras, y nos permite obtener imágenes del interior del organismo, y así poder obtener imágenes a nivel molecular del interior del organismo, o de la patología que se pretende estudiar.

En estos estudios, a diferencia del departamento de rayos X, quién emite la radiación es el paciente al que se le ha administrado el radiofármaco, con la ayuda de la gamma cámara se podrán obtener imágenes del interior del cuerpo del paciente, y de los órganos que se quieran estudiar.

La gamma cámara, esta diseñada para detectar los rayos gamma que son emitidos por el radioisótopo que previamente se le administrado al paciente, y genera imágenes del funcionamiento del órgano en cuestión.

Uno de los elementos más utilizados para fines diagnósticos es el tecnecio 99, puede adherirse a moléculas muy concretas, y esto permite diagnosticar múltiples enfermedades, entre algunas de ellas, determinados tipos de cáncer.

El tecnecio es el más ligero de los elementos químicos, se encuentra en la tabla periódica, y su número atómico es el 43, y su símbolo es Tc.

Es usado principalmente como fuente de partículas beta, de libre emisión de rayos gamma.

El técnico en imagen de radiodiagnóstico, en el departamento de medicina nuclear, debe de posicionar al paciente, para obtener las imágenes concretas que el médico especialista a solicitado previamente.

La forma más común para eliminar el radiofármaco es mediante la orina, y se debe de dar recomendaciones a los pacientes, y a las personas de riesgo con las que convivan estos, ya que pueden estar expuestos a radiación en los próximos días después de su administración.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en imagen para el radiodiagnóstico, puede ejercer en el departamento especial de medicina nuclear. Para ello es importante que estos tengan nociones básicas sobre los radiofármacos y radionucléido, así como de la manera de eliminación de los mismos.

El aparato que se utiliza para la generación de las imágenes con fines diagnósticos es la gammagrafia.

El elemento químico que es más utilizado para realizar pruebas diagnósticas en el departamento de medicina nuclear es el tecnecio, ya que es el más ligero de todos los elementos, y eso permite que se adhiera a las moléculas.

El técnico en imagen para el radiodiagnóstico tiene un papel fundamental en el departamento de medicina nuclear.

6 Bibliografía

Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association

Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
www.medline/medicinanuclear/radioisotopos/.com

Capítulo 204

CONOCIMIENTOS SOBRE LA PLACA BACTERIANA DENTAL PARA EL HIGIENISTA BUCODENTAL

PATRICIA REDRUELLO SUÁREZ

1 Introducción

Es correcto afirmar, que si no toda la población, al menos una gran mayoría de la misma ha oído hablar de la placa bacteriana que se forma en nuestras bocas, es uno de los términos más conocidos popularmente entre las personas y a su vez también entre los profesionales de la salud bucodental; sin embargo pese a la popularidad del término y aunque se trate de algo con una aparición muy frecuente entre nuestros pacientes, la placa bacteriana que se forma en la cavidad oral es el origen de muchos problemas y patologías que en la boca acontecen. Sin embargo, muchos de nuestros pacientes desconocen, como es lógico y normal, qué es la placa bacteriana y cómo llega a producirse esta acumulación, además del gran abanico de posibles bacterias que la conforman, de manera heterogénea, siendo imperceptible para el ojo humano la cantidad de bacterias allí existentes. Es por esto, que más adelante en este trabajo hablaremos de formas de prevención para evitar o disminuir su aparición, por el bien de nuestra salud oral, ya que, como veremos más adelante, la prevención y la educación juegan un importante papel para frenar los daños que pudieran ser derivados de esta problemática.

2 Objetivos

El objetivo que buscamos conseguir a través de este trabajo de análisis bibliográfico es dar a conocer más sobre las placas que se acumulan en la boca y parte de la problemática que esto supone.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo este trabajo de investigación a través del análisis de una bibliografía determinada, hemos realizado una intensa búsqueda a través de internet, sobre distintas publicaciones que tratan el tema de nuestro estudio, para su posterior análisis.

4 Resultados

En las bocas de los seres vivos, incluidos los humanos, existe un gran cúmulo de bacterias que desarrollan distintas funciones, pues no todas ellas son nocivas para la salud del portador, sin embargo existen algunas que pueden traer nefastas consecuencias para aquellas personas que padecen de sus acciones nocivas para el organismo, en este caso concreto, los efectos negativos que la placa bacteriana puede acarrear para la dentición y el resto de órganos que componen la cavidad oral. Como hemos dicho antes, la placa bacteriana es un cúmulo de bacterias en la boca (generalmente acumulado junto a las piezas dentales) de apariencia heterogénea, pero conformada por muchos tipos distintos de bacterias, que pone en riesgo la salud de la cavidad oral, ya que pese a ser inofensivos en principio, de permanecer más tiempo del deseado por nosotros, estos microorganismos atacan a dientes y encías pudiendo causar enfermedades y patologías tales como la gingivitis, además de dañar el esmalte pudiendo ocasionar caries y otras molestias sobre la dentición; uno de los problemas que presenta la placa dental es que al ser de un color blanquecino similar al de la dentición tarda un poco en ser fácil de detectar y para entonces ya pueden haberse producido algunos daños en la cavidad oral de nuestro paciente. Existen entre 200 y 300 tipos de bacterias causantes de este problema, y podemos afirmar que cumplen con las siguientes características:

- No tienen una producción de ácidos
- Carecen de tolerancia para los medios ácidos
- Sintetizan polisacáridos
- Crecen y se adhieren a la superficie

Entre todos estos organismos causantes de la placa en la cavidad oral, y por lo tanto de los problemas derivados de la misma, encontramos bacterias tan conocidas como los *Estreptococos*, *Corynebacterium difteroides*, *Peptostreptococcus micros*, *Staphylococcus aureus* e incluso *Candida Albicans*, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir de nuestra investigación que la placa bacteriana que se forma en la cavidad oral de las personas (y de algunos animales) constata un potencial problema grave dado el gran número de bacterias que la forman, además algo que la hace especialmente problemática es su difícil detección en las fases tempranas de acumulación, por su similitud en color respecto a la dentición humana; es por esto que es muy importante que se realicen visitas mínimo anuales al especialista en estomatología, para poder eliminar de manera profesional cualquier inicio de placa bacteriana indeseada, además, estos profesionales deberán enseñar al paciente a través de cosas como la elección de un cepillo adecuado, como llevar en su vida privada una rutina de higiene bucal que les ayude a prevenir la aparición de este tipo de problemas.

6 Bibliografía

<https://www.colgateprofesional.com.ar/education/patient-education/topics/problemas-comunes/que-es-la-placa>
<https://www.propdental.es/caries-dental/placa-bacteriana/>
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003426.htm>

Capítulo 205

LA PROTONTERAPIA

LAURA SALGADO MÉNDEZ

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

NOELIA CAMPO DE LAMO

1 Introducción

La terapia con protones es la modalidad de radioterapia externa que más se usa para destruir las células tumorales ya que distribuye mejor la dosis irradiando menos a los tejidos sanos y hay menor riesgo de efectos radioinducidos. Se presenta como una fórmula eficaz para acabar con tumores en los que la radioterapia no resulta efectiva y la cirugía no es una opción.

La terapia de protones o protonterapia, en lugar de usar rayos X (fotones y electrones), como la radioterapia, utiliza protones. Son empleados para enviar haces de alta energía. Aunque no hay diferencia significativa en los efectos biológicos de los protones frente a los fotones, sí lo hay en la manera de cómo actúan. Su aplicación es un gran avance clínico, basado en el beneficio dosimétrico, que es superior para protones comparado con cualquier otra modalidad de radioterapia de alta precisión.

Tener diez equipos en nuestro país es un salto de extraordinaria magnitud. Es una apuesta que pondrá a España en primera línea en la lucha contra el cáncer a nivel internacional. Se espera que el comienzo de este tratamiento en nuestro país

sea un punto de partida que facilite el tratamiento al menos en las indicaciones estándar, para que aumente en los años siguientes.

2 Objetivos

Dar a conocer la protonterapia y sus utilidades.

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 terapia con protones disminuye la exposición a la radiación y el daño potencial al tejido sano, sobre todo en tumores pequeños y en áreas sensibles. Se emplea para el tratamiento de los siguientes tumores:

- Tumores primarios o metastásicos en la médula espinal/columna vertebral.
- Población pediátrica con tumores.
- Tumores oculares.
- Tumores cercanos o en la base del cráneo.
- Pacientes con síndromes genéticos con riesgo elevado de toxicidad.
- Reirradiación en los casos necesarios.

Se le coloca al paciente un dispositivo especial que mantiene su cuerpo inmóvil durante el tratamiento. El dispositivo utilizado depende de la localización del cáncer. Luego, se realiza una tomografía computarizada (TC) o una resonancia magnética (RM) para delinear el área exacta a ser tratada. El radioncólogo utiliza un ordenador para rastrear el tumor y perfilar los ángulos a los cuales ingresarán los rayos de protones al cuerpo.

La protonterapia se lleva a cabo de manera ambulatoria. El tratamiento toma unos pocos minutos al día durante un período de 6 a 7 semanas, según el tipo de cáncer.

Al paciente se le coloca dentro de un dispositivo en forma de dona, llamado cabezal, el cual girará a su alrededor y dirigirá los protones en la dirección del

tumor. El ciclotrón crea y acelera los protones. Luego, los protones se mueven de la máquina y los imanes los dirigen hacia el tumor.

El técnico abandonará la sala mientras se somete al paciente a la terapia de protones. El tratamiento dura de 1 a 2 minutos. El paciente no debe sentir ninguna incomodidad.

La terapia de protones puede tener efectos secundarios, pero estos son más leves que la radiación provocada por los rayos-x debido a que la terapia de protones produce menos daño a los tejidos sanos. Dependen del área tratada, pero pueden ser enrojecimiento de la piel y pérdida temporal del cabello en el área de la radiación.

Después de la terapia de protones el paciente puede reanudar sus actividades normales y tendrá un control con su médico cada 3 o 4 meses.

Ventajas de la protonterapia:

- Menor toxicidad
- Se emplea en tumores con compleja localización o cercanos a órganos de riesgo muy sensibles a la radiación o tumores susceptibles tratarse por radiación externa en niños y en personas mayores con pluripatología crónica.
- Mayor precisión
- Un haz de partículas aceleradas de alta energía, los protones, que depositan su energía con un barrido de impactos milimétricos.
- Mayor control
- Permite aumentar la dosis en el tumor y conseguir un mayor control local de la enfermedad, disminuyendo la irradiación dispersa innecesaria en los tejidos sanos de alrededor.

La principal desventaja de la protonterapia es la incertidumbre que hay en la estimación del pico de Bragg, ya que puede crearse un depósito de dosis fuera del tumor o no cubrirlo de forma adecuada.

5 Discusión-Conclusión

La terapia de protones está en un momento de transición, impulsada a un ritmo notable por la evolución tecnológica, en muchas ocasiones por delante de los ensayos clínicos. Durante la década siguiente, se harán importantes avances en la administración del tratamiento, la planificación y los sistemas de garantía de calidad que mejorarán la eficacia en diferentes tumores y la precisión del tratamiento. Se espera que el coste de la tecnología se reduzca, lo que hará que la terapia de protones sea más competitiva en con la terapia de fotones.

El progreso actualmente se dirige al desarrollo de sistemas de terapia de protones más pequeños y baratos. Casi todos los proveedores de terapia de protones ya tienen o están en desarrollo. Además de la terapia de protones, también hay un interés creciente hacia la terapia de carbono, con varios proyectos en algunas regiones del mundo, lo que deja claro que estas formas de tratamiento se convertirán en la radioterapia del presente.

6 Bibliografía

Checa, J. (2021, noviembre 3). La protonterapia llega a la sanidad pública. CLÍNICA CHECA. <https://www.clinicacheca.com/protonterapia-llega-a-sanidad-publica/>

La Protonterapia: Un Nuevo Tratamiento Contra el Cáncer. (s/f). Floridaproton.org. Recuperado el 6 de julio de 2022, de <https://www.floridaproton.org/espanol/la-protonterapia>

(S/f). Recuperado el 6 de julio de 2022, de <http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/3249.pdf>

Capítulo 206

EL TÉCNICO DE RAYOS (TSID) EN LA ACTUACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍAS

ANA MARÍA CARBAJAL PRIETO

LAURA GONZÁLEZ ARBOLEYA

MIGUEL VARELA SANCHEZ

ANDREA GONZÁLEZ DE LA RIVA

1 Introducción

La mamografía es una prueba diagnóstica específica de la mama dentro del campo de la radiología, dentro de un grupo de pruebas que utilizan radiaciones ionizantes (en este caso rayos X).

Se realiza mediante un aparato llamado mamografía, que cuenta con un generador de alta frecuencia que produce rayos X de baja intensidad y un compresor mamario que reduce la radiación dispersa, evita la superposición de estructuras y reduce el grosor de la mama al reducir la para minimizar la dosis. Es fundamental para la detección precoz del cáncer de mama en pacientes asintomáticas mediante cribado (mamografía exploratoria) o en pacientes sintomáticas (mamografía de diagnóstico). Lo realiza un TSID (Técnico Superior en Diagnóstico por Imágenes) y los pasos para realizar una mamografía de alta calidad son muy importantes. El cáncer de mama es una enfermedad en la que las células cancerosas se multiplican de forma descontrolada en la mama, es muy frecuente en mujeres, normalmente entre los 50 y 69 años, se avanza en la detección antes de que aparezca

y se realiza una mamografía para detectar su presencia (Es un tumor del pecho). El procedimiento se realiza en hospitales, centros de salud y los médicos realizan exámenes físicos y mamografías digitales para detectar cualquier bulto que indique algo inusual.

2 Objetivos

Identificar y detectar el cáncer de mama para poder realizar el tratamiento adecuado antes de que no se pueda hacer nada.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como scielo y pubmed buscando artículos sobre la actuación del tsid en la realización de las mamografías y se han utilizado palabras clave como: rx, tsid, mamografías, dosis, carcinoma, cribado, radiación, etc.

4 Resultados

El cáncer de mama es el tumor maligno más común en las mujeres en todo el mundo. Considerando ambos géneros, su incidencia es superada solo por el cáncer de pulmón. El cáncer de mama se clasifica en: carcinoma in situ o carcinoma intraductal e invasivo o invasivo, según que el componente maligno penetre en la membrana basal de la célula. Esta diferencia es importante porque está relacionada con la supervivencia global y libre de enfermedad y la agresividad al tratamiento a realizar. Los tipos histológicos son: ductal, lobulillar, papilar, medular, coloidal, tubular, apocrino, adenoide quístico, siendo los más comunes los conductos y lobulillos.

El cáncer de mama es un problema médico, social y económico muy importante porque afecta su incidencia, género y etapa de la vida. Desde una perspectiva epidemiológica, el cáncer de mama es el tumor más común en las mujeres, representando el 28% de todos los cánceres que experimentan. La implementación de programas de diagnóstico precoz y los avances en el tratamiento son algunos de los factores que explican la reducción de la mortalidad. La causa del cáncer de mama es desconocida y depende de muchos factores.

La actuación del Técnico de radiodiagnóstico recibe al paciente y comprueba que es las personas que está citada, realizando preguntas como datos personales, etc.

Después el tsid debe de mostrarse empático para poder reducir el stress y conseguir tranquilizar a la persona, tendremos que verificar que no lleva joyas puestas e implante para que no pueda interferir en la realización de la radiografía, seguidamente le facilitamos un pijama para que pueda desvestirse y a continuación podremos realizar la radiografía sin percances, (aunque en este tipo de radiografías la radiación es muy baja), al realizar la prueba le pondremos un plástico transparente con una compresión del mismo para favorecer que la mama no se mueva durante la radiografía.

Una mamografía es la mejor manera de detectar el cáncer de mama en una etapa temprana, cuando es más fácil de tratar y antes de que sea lo suficientemente grande como para sentirlo o causar síntomas. La mamografía puede detectar hasta el 90% de los tumores de mama, por lo que es muy sensible y siempre debe realizarse de forma bilateral. El uso de la ecografía es útil como complemento de la mamografía, que es más específica y útil para diferenciar masas quísticas-sólidas, como guía para procedimientos diagnósticos y colocación de marcadores radiopacos. En caso de duda, se puede realizar la resonancia magnética nuclear, que tiene una sensibilidad del 90% pero una especificidad más limitada. Esta es una técnica muy útil para detectar carcinomas ocultos con metástasis axilares de adenocarcinoma (carcinoma poco diferenciado) y carcinoma lobulillar.

Una vez diagnosticada la enfermedad, podemos emplear diferentes tratamientos: Como tratamientos locales tenemos la cirugía y la radioterapia, que actúan únicamente sobre la zona anatómica del tumor, es decir, la mama y su cadena ganglionar regional. Los tratamientos sistémicos para esta enfermedad son la quimioterapia, la terapia hormonal y la terapia biológica para erradicar la enfermedad metastásica o micrometastásica. Otros tratamientos que nos han funcionado son la terapia curativa local, la terapia adyuvante y la terapia neoadyuvante.

5 Discusión-Conclusión

Durante una mamografía, observamos toda la glándula y el radiólogo usa tecnología digital para informar si la paciente tiene cáncer de mama. Utilizaremos un dispositivo de plástico transparente con compresión suave pero firme, que ayuda a que la mama no se mueva durante la exposición y evita artefactos. El radiólogo se encargará de informar de los hallazgos con la ayuda de la tecnología y, si lo considera oportuno, de pruebas complementarias como la ecografía mamaria. El cáncer de mama detectado en una etapa temprana (in situ) tiene casi un 100% de posibilidades de curarse. Se ha podido demostrar que a raíz de la

campana de diagnóstico precoz del cáncer de mama se ha reducido significativamente la tasa de mortalidad de esta enfermedad, al menos en la edad de mayor incidencia (más de 50 años). El cáncer de mama se detecta precozmente mediante mamografía en el 90% de los casos. Para poder realizar una mamografía de alta calidad, el TSID debe seguir las indicaciones y pautas antes mencionadas además de los conocimientos y habilidades en técnicas de mamografía. Al mismo tiempo, debe tener la capacidad de desarrollar una relación amable con el paciente para que sea lo menos irritante posible, porque es una prueba un tanto incómoda.

6 Bibliografía

1. Dr. Alonso Uribe O. Cáncer de mama. Rev. Obstet. Ginecol. – Hosp. Santiago Oriente DR. Luis Tisné Brousse. 2009; VOL 4 (3): 223-232.
2. Alvarez Ferreiro Roxana, Martínez Sánchez Arian Ernesto, García Lorenzo Juan Ernesto, Utrera Díaz Grisela, Ferreiro González Iris María I Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas de Granma, 2020.
3. Miguel Martín, Ana Herrero, Isabel Echavarría. El cáncer de mama. Arbor 191 (773), 234, 2015.
4. Martín Giménez M., García Sainz J.A. Cáncer de mama. Servicio de oncología, Hospital clínico San Carlos Madrid: Aran; 2007.
5. Perou C. Manual de práctica clínica en senología, 2015. Valencia, Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, 2015.
6. Servicio Cántabro de Salud. Criterios de actuación para el cribado diagnóstico y seguimiento radiológico de la patología mamaria. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2018.
7. Mellado Rodríguez M. y Osa Labrador A.M. Cribado del cáncer de mama. Estado actual. Radiología, 2013; 55 (4): 305-314.

Capítulo 207

¿CÓMO DEBE REALIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO?

ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ

BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA

OLGA AGUDO ZAMORANO

RAQUEL GARCÍA BAUTISTA

MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

La higiene postural tiene como objetivo el correcto mantenimiento de la posición del cuerpo para evitar lesiones.

Mucho de nuestro tiempo lo pasamos en la jornada laboral y dependiendo de las tareas que tengamos que realizar adoptamos una postura u otra, lo que hace que tengamos que conocer cómo cuidar nuestra columna y evitar forzar posturas inadecuadas desencadenará problemas de espalda.

En la actualidad un porcentaje muy alto de trabajadores, como son los auxiliares administrativos, realizan su trabajo sentados frente al ordenador y realizando llamadas, además necesitando un espacio adecuado para escribir, una luz adecuada, etc.

Si hiciéramos esto adecuadamente no tendríamos problemas de higiene postural y evitaríamos gran cantidad de dolencias musculares y otros problemas derivados de las malas posturas.

Tenemos que tomar una serie de medidas preventivas para prevenir malas posturas en el trabajo para que no padezcamos de dolencias innecesarias.

Debemos tomar unas medidas especiales respecto al entorno de trabajo, mobiliario, equipos con los que trabajamos para tener una higiene postural sana, así como llevar un estilo de vida adecuado evitando el sedentarismo que es muy perjudicial al igual que lo comentado anteriormente.

Realizar descansos cada cierto tiempo tanto físicos como visuales es muy importante para prevenir los daños mencionados, así como un entorno de trabajo agradable sin estrés para evitar estar tensos

2 Objetivos

Dar a conocer al personal auxiliar administrativo posturas correctas en el ambiente laboral para no sufrir ningún tipo de dolencia.

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 higiene postural son normas, consejos y actitudes posturales, tanto estáticas como dinámicas, encaminadas a mantener una alineación de todo el cuerpo con el fin de evitar lesiones. Su objetivo es aprender una serie de normas y adquirir unos hábitos para ayudar a proteger la espalda a la hora de realizar actividades en el trabajo y en la vida diaria.

Existen estas recomendaciones entre otras para prevenir la fatiga postural:

- Mantener una postura correctamente frente al ordenador.
- Evitar girar el tronco.
- Evitar el estatismo postural.

-Hacer relajaciones cada cierto tiempo.

-Tener un estilo de vida adecuado.

La carga que soporta nuestra columna vertebral en posición sentada es de 145 kg aproximadamente con lo cual después de 8 horas de trabajo de un auxiliar administrativo es bastante lesivo.

Debemos de tener el material adecuado para evitar la fatiga postural: - Mesa de Trabajo debe de tener espacio suficiente para colocar todos los elementos necesarios para el trabajador.

-Silla de trabajo que nos permita sentarnos correctamente con la espalda recta apoyada en el respaldo y es recomendable reposabrazos.

-Reposapiés, se recomienda su uso cuando los pies no se apoyan bien en el suelo.

-La pantalla del ordenador debe estar frente a nosotros evitando así tener el cuello girado constantemente, se deben evitar reflejos.

-El teclado deberá ser inclinable e independiente de la pantalla.

-El teléfono, la impresora y demás aparatos deben estar a nuestro alcance para evitar posturas que puedan dañarnos la espalda, hombros, etc.

Se debe disponer de un espacio amplio y adecuado para poder escribir sin realizar malas posturas que nos lesionen. Los aparatos como teclado y ratón también deben estar colocados adecuadamente para evitar lesiones en muñecas y dedos. Es muy importante garantizar la ergonomía para nuestro puesto de trabajo pero además debemos cuidar nuestra higiene postural realizando descansos de 10 minutos a la hora para hacer estiramientos que rompan con la postura mantenida en esa hora de trabajo.

También es esencial el descanso visual apartando la vista de la pantalla

5 minutos por cada media hora de trabajo. Ajustar el brillo de la pantalla, evitar los reflejos y colocarnos a 50 cm de distancia de ella también nos ayudará.

5 Discusión-Conclusión

Tal como hemos visto en este capítulo anteriormente podemos concluir que una buena higiene postural es agradable para el entorno de trabajo y favorece en cierta medida a tener laboralmente hablando posturas correctas para no sufrir ningún tipo de dolencia en nuestro trabajo diario, el cual es agotador.

El 50% de las bajas laborales corresponden a problemas músculoesqueléticos producidos en su mayoría por las malas posturas adoptadas en nuestro trabajo y en nuestra vida cotidiana. Es la segunda causa crónica.

Debemos adoptar las medidas que nos recomiendan los profesionales de la salud para evitar estos problemas y en el caso de que aparezcan, mitigar sus efectos y

que no nos impidan realizar nuestras tareas.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. www.fisiolledo.com

Capítulo 208

EL PROBLEMA DE LA CARGA MENTAL SUFRIDA POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN SANIDAD

ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ

BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA

OLGA AGUDO ZAMORANO

RAQUEL GARCÍA BAUTISTA

MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

La carga mental del auxiliar administrativo en su puesto de trabajo, es un estado que sufren muchos de los trabajadores. Pudiendo ser debido a la excesiva carga de trabajo, que en ocasiones se encuentran en su puesto de trabajo. Esto, unido a otras circunstancias y condicionantes que giran alrededor del puesto de trabajo del auxiliar administrativo, pueden dar lugar a desencadenar una fatiga mental en el trabajador.

Señalar que la fatiga mental se puede entender como la disminución de la capacidad mental y física de la persona después de haber realizado un trabajo durante un período de tiempo determinado.

Los efectos que puede llegar a generar esto en la persona del auxiliar administrativo, son disminución del nivel de atención, sueño, cansancio, torpeza en la realización de las actividades a desarrollar, así como una disminución en el rendimiento del trabajador.

Cuando el individuo se encuentra en este estado, el nivel de motivación baja, llegando incluso a desaparecer en ocasiones, puesto que este estado por parte del trabajador, está íntimamente relacionado con la motivación. Ya que, a mayor carga mental, más fatiga mental y menor motivación, impidiendo que el individuo desarrolle su trabajo de la forma más adecuada. Por lo que lo adecuado sería encontrar unas estrategias que ayudasen al trabajador a combatir esa carga mental, y con ello todo lo que la misma lleva aparejado.

2 Objetivos

Dar una explicación de lo que la carga mental supone para el auxiliar administrativo en su día a día

Hablar profundamente de la diferencia entre lo que es la carga mental y el estrés para que no haya confusión alguna

Proponer ciertas medidas para que esta no se produzca.

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 carga mental del trabajo, la podemos definir como un estado cognitivo, el cual viene caracterizado por un modo de procesamiento y un patrón de actividad conductual y emocional que se produce en la figura del trabajador como consecuencia a las demandas físicas, psíquicas, organizativas y también sociales que le generan al trabajador el desarrollo de las tareas que forman su puesto de trabajo.

Señalar que esa carga mental va a depender y mucho, no solo de las tareas que componen el puesto de trabajo del individuo, sino también del estado psíquico y psicológico en el que se encuentre el trabajador.

Señalar que, desde el punto de vista ergonómico, la carga mental está relacionada con el proceso de tratamiento de información. Y también con el grado de responsabilidad en el trabajo, puesto que a mayor responsabilidad hay mayor grado de atención. Un elemento a tener en cuenta en este tema, es que aumenta a sus niveles más altos, cuando los recursos y capacidades con los que cuenta el trabajador se hacen escasos cuando la actividad se desborda. La clave a la hora de diferenciar la carga mental del estrés, es que el estrés es la sensación por parte del individuo de no poder dar respuesta al trabajo, a las tareas a desempeñar. Mientras que la carga mental es el esfuerzo que el trabajador realiza para desempeñar sus tareas.

*Entre las fuentes que determinan la carga mental podemos destacar tres fundamentales:

1. Factores individuales: Edad, preparación, fatiga...

2. Condicionantes organizacionales y extralaborales: Como organizacionales, el estrés a la hora de organizar las tareas a desempeñar, así como los conflictos de rol. Mientras que como extralaborales, tenemos las circunstancias personales de cada individuo.

3. Las exigencias del trabajo: Las cuales intervienen muy directamente en la carga mental.

*Respecto a las técnicas de medida de la carga mental, tener en cuenta tres:

1. Técnicas fisiológicas: Destacando el ritmo cardíaco y la pupilometría (análisis de los movimientos de la pupila).

2. Técnicas conductuales: Destacando el método de la doble tarea (El trabajador va desarrollando sus tareas habituales y poco a poco vamos añadiendo las nuevas. Mientras vaya desarrollando todas las tareas adecuadamente la carga es aceptable. En el momento que comete errores, la carga mental ya habrá sobrepasado su límite).

3. Técnicas subjetivas: Destacando los autoinformes y cuestionarios, para poder analizar el nivel de carga mental que sufre la figura del trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis que se ha llevado a lo largo del capítulo, se puede llegar a la conclusión, que la carga mental es un estado que muchos auxiliares administrativos pueden llegar a padecer en su puesto de trabajo. Y todo ello debido a múltiples aspectos, como puede ser la complejidad de las tareas a realizar, la responsabilidad,

la naturaleza de las tareas, la presión del trabajo, los aspectos ambientales, los aspectos organizativos (turnos, horarios, etc), el nivel de atención que requiere el trabajo, así como los aspectos ergonómicos.

Respecto a los aspectos ergonómicos, señalar que los ordenadores son una herramienta de trabajo utilizada en el puesto de trabajo de los auxiliares administrativos, los cuales disminuyen la carga de trabajo de los mismos. Pero que deben ser utilizados de la manera adecuada, para que estos lleguen a disminuir la fatiga mental.

Se debe ofrecer formación en este aspecto como medida preventiva de esta dolencia.

6 Bibliografía

1. La Carga Mental y la Fatiga Laboral: Teoría y Evaluación. José Luís González Gutiérrez, Bernardo moreno Jiménez y Eva Garrosa Hernández (Editorial: Pirámide. 2005).
2. La Carga Mental de Trabajo. Dolores Hernández Fernaud, Estefanía Rolo González y Gladys Díaz Cabrera.
3. El Real Decreto 488/1997 de 14 de Abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

Capítulo 209

FUNCIONES Y PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD

ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ

BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA

OLGA AGUDO ZAMORANO

RAQUEL GARCÍA BAUTISTA

MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

La administración es un proceso universal, es la base y cimientos indispensables y determinantes para obtener resultados funcionales y eficaces en cualquier proceso de la vida. La tarea de administrar está naturalmente presente en el ser humano, es la pieza fundamental para alcanzar cualquier objetivo, desde el nivel individual (en el día a día, con la tarea más básica, organizando actividades, tomando decisiones y ejecutándolas) hasta el nivel más societario, donde la organización, toma de decisiones y ejecución requiere mayor división del trabajo, especialización y precisión para que las posibilidades de éxito se tornen realidad, ya que la mala gestión e ineficacia daría lugar a errores o fracasos de mayor peso significativo y repercusión, que en nivel individual y personal.

Si extrapolamos lo dicho a una organización tal como la necesaria para gestionar un Sistema Nacional de Salud, como conjunto, y sus divisiones en comunidades autónomas, así como subdivisiones dentro de éstas, la administración adquiere una importancia crucial. En este caso, la primera y más sencilla pieza del proceso de administración adquiere una atención y desarrollo riguroso para que el proceso administrativo del conjunto sea exitoso. En este capítulo se tratará la función administrativa y la importancia de ésta, dentro del centro de salud, desde su unidad básica que es el auxiliar administrativo.

2 Objetivos

- El objetivo de este presente capítulo va a ser el de exponer las diferentes actividades que el auxiliar administrativo realiza dentro de los denominados centros de salud.
- Explicar las múltiples actividades que este personal realiza en atención al usuario, manejo de programas informáticos etc.

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

Las funciones del Grupo Auxiliar en los centros de salud, serían las siguientes: las de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas asistenciales propias de la Institución, así como las de Secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática. A este escueto resumen, por la propia experiencia en la categoría, y de manera generalizada, añadimos funciones como la atención al público, recepción de llamadas, la organización de expedientes y su tramitación, gestión de archivos, gestión de programas informáticos, organización y administración de citas en las agendas del diferente personal sanitario, informes mensuales, gestiones de material de oficina, y atención de quejas e incidencias.

Respecto a la atención al público, el auxiliar administrativo es la principal conexión entre el paciente y el personal sanitario del centro.

Se encarga tanto de tramitar la afiliación oficial para recibir atención sanitaria dentro de las instituciones de los servicios de salud, como de la recepción del paciente, su orientación y filtro en las peticiones de

éste. Es la primera cara y representación de las instituciones sanitarias con las que interaccionan los pacientes, con lo cuál su actuación adquiere alta importancia, a la vez que gran responsabilidad. Por ello su profesionalidad y cualificación deben ser competentes, la información que facilita veraz y precisa y la gestión que lleva a cabo, eficiente. El desarrollo de su labor ha de plasmarse en una alta calidad y eficacia, que esté en consonancia con el servicio público tan importante que representa. A las cualidades profesionales mencionadas hay que añadir unas cualidades éticas y humanas, que pueden comprender principalmente, una escucha activa, empatía, tranquilidad y buenas maneras, que faciliten y aporten al paciente una relación y atención de calidez y comprensión, muy necesarias en la mayoría de los casos en los que las personas se ven en la necesidad de acudir a la demanda de los servicios de salud.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión el papel que desarrolla el auxiliar administrativo es fundamental y determinante en la institución sanitaria para canalizar las peticiones, tanto las que provienen desde fuera de la institución, representando el primer contacto que el paciente tiene con ella, como desde dentro de ésta, gestionando y organizando las peticiones del personal sanitario. Así, también funciona como eslabón de conexión entre paciente y personal sanitario captando y filtrando las necesidades de los primeros, y haciéndoselas llegar de manera adecuada a los segundos.

Siempre y según las actividades que realiza el personal administrativo y que hemos visto y explicado en el anterior apartado de resultados opinamos que esta labor se debe de realizar con profesionalidad y sobre todo mucha humanidad entendiendo y comprendiendo por un lado a los pacientes que acuden al centro de atención primaria para que la asistencia y la atención a estos se considere como excepcional.

En nuestra humilde opinión la actividad del personal administrativo y en nuestro caso de auxiliares administrativos es fundamental, muy importante y con gran cantidad de funciones, tal como hemos resaltado en resultados.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2. Orden de 28 de mayo de 1984, por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
BOE 129, de 30 de mayo.

Capítulo 210

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON PACIENTES FALLECIDOS

MÁXIMO MARTÍN GARCÍA

DIONISIO GALVEZ TORRES

RAQUEL HUECAS LOPEZ

1 Introducción

Paciente terminal es definido por la sociedad española de cuidados paliativos “cuando se produce una enfermedad avanzada, incurable y progresiva con falta de posibilidades razonables de respuestas al tratamiento específico y cuyo pronóstico de vida será inferior a seis meses”.

Paciente fallecido se produce cuando la persona deja de vivir.

La muerte es el cese total de todas las funciones vitales del organismo humano. En los documentos oficiales y partes de defunción es frecuente el término EXITUS para referirse a momento del fallecimiento; no obstante, también recibe el nombre de defunción, deceso u óbito. La valoración de la muerte es competencia del personal sanitario.

Los signos son:

SIGNOS PRECOCES:

- Ausencia de movimientos respiratorios en la auscultación.

- Sin movimiento del tórax, ni del abdomen.
- No se ausculta el latido cardíaco.
- Desaparece el pulso.
- Pérdida de sensibilidad cutánea.
- Ausencia de tono muscular.

SIGNOS TARDÍOS:

- Enfriamiento del cadáver.
- Rigidez cadavérica.
- Aparición de lividez.
- Putrefacción cadavérica.

RIGOR MORTIS O RIGIDEZ CADAVERICA:

Nombre con que se conoce el estado rígido y endurecido que adquiere el cuerpo a las pocas horas de la muerte.

Se debe principalmente a la coagulación de las proteínas musculares. Rigidez cadavérica, que aparece en los músculos esqueléticos.

Se inicia entre las cinco y las diez horas posteriores a la muerte y desaparece de tres o cuatro días.

LIVOR MORTIS:

La lividez cadavérica, coloración violácea que aparece en las partes declives del cuerpo, y que es el resultado de la acumulación de sangre.

La coagulación de la sangre, así como la autólisis (muerte de las células) se inician al poco tiempo de la muerte.

La putrefacción, la descomposición que le sigue, está producida por la acción de enzimas y bacterias.

ALGOR MORTIS:

Es el descenso gradual de la temperatura del cuerpo una vez producida la muerte.

El “algor mortis” o enfriamiento del cuerpo se realiza en condiciones ordinarias a razón de 1 grado por hora.

Una vez que el médico ha certificado la muerte del enfermo e informado a la familia, conviene que esta permanezca con la persona fallecida durante un tiempo, el que ellos necesiten, para manifestar sus emociones por medio del llanto el silencio respetuoso.

2 Objetivos

- Conocer las funciones dentro del fallecimiento de un paciente, para así realizar nuestro trabajo de forma correcta evitando errores en esta labor tan complicada para las familias.
- Conocer los términos precisos sobre pacientes fallecidos.
- Describir el procedimiento básico del amortajamiento de un paciente fallecido.
- Explicar las funciones de los celadores de mortuorio

3 Metodología

En este sentido es importante indicar que las funciones de los celadores vienen recogidas en el Estatuto de Personal No Sanitario de 5 de julio de 1971 en el artículo 14.2. En ese artículo, en la función 19, establece que “ayudaran a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio”.

El proceso básico de amortajamiento es el siguiente;

- Colocar el cadáver en posición decúbito supino y manipularlo con guantes.
- Retirar del cadáver los catéteres, sondas y cualquier dispositivo que lleve.
- Cerrarle los ojos y la boca.-
- Taponar con algodones todos los orificios naturales (ano, orejas, vagina, boca y nariz), para impedir la salida de fluidos orgánicos.
- Sujetarle los tobillos con una venda y cruzarle los brazos sobre el pecho. Finalmente, se procederá a colocar una sábana por debajo del mismo y con ésta se cubrirá al difunto.
- Cubrir al fallecido con un sudario y pasarlo a la camilla para su traslado al mortuorio.
- Asegurar que sobre el tórax está colocada una hoja donde figuran los siguientes datos: nombre, apellidos, número de historia clínica, fecha de nacimiento, servicio de procedencia y número de teléfono.

El traslado del cadáver es una tarea específica del celador y para llevarla a cabo es básico, además de hacerlo de un modo discreto, conocer las instrucciones específicas sobre el destino del mismo ya que el cadáver puede ser derivado a un quirófano (donación órganos, velatorio del hospital, sala de necropsias, etc.)

Las funciones básicas del celador en el mortuario son:

- Anotar en el libro de Registro los siguientes datos acerca del fallecido: nombre, apellidos, fecha y hora de la entrada en el mortuario, fecha y hora de su salida, número de historia clínica, cama y planta de procedencia.
- Colocar el cadáver sobre la losa de forma que no impresione a los familiares.
- En caso de que los familiares tengan dudas sobre los trámites a seguir en relación con el entierro, los remitirá al Servicio de Atención al cliente.
- En aquellos casos en que la muerte haya sido por accidente o no se conozcan las causas de la misma, el cadáver se introducirá en la cámara frigorífica.
- Unas horas antes de la llegada de la empresa funeraria para el traslado del cadáver, el celador bajará de la cámara al difunto y permitirá que los familiares lo velen.
- También se encargará de recoger las muestras de todos los quirófanos del hospital, para llevarlas al laboratorio de Anatomía Patológica.
- Llevará también los pedidos de almacén a un determinado servicio, y recogerá de los talleres los distintos muebles o enseres del servicio correspondiente.

4 Resultados

Si analizamos todos los datos expuestos con anterioridad el celador llevará a cabo diversas tareas ante un éxitus, pero lo más imprescindible es que el celador sepa reconocer entre éxitus como el cese total de las funciones vitales del organismo humano; para poder certificar el éxitus lo debe realizar el personal sanitario (médico, enfermera y técnico de enfermería) aunque, como ya hemos afirmado, el celador deberá reconocer ciertos aspectos básicos que se manifiestan en el paciente fallecido como son:

- Ausencia de movimientos respiratorios,
- Falta de tono muscular,
- Desaparición del pulso,
- No existencia de latido cardíaco,
- Pérdida de sensibilidad,
- Aparición de lividez,
- Rigidez,
- Putrefacción cadavérica
- Enfriamiento.

Una vez que el médico certifica la muerte, el celador ayudará al TCAE y a la

enfermera a amortajar al paciente fallecido, siendo competencia exclusiva del celador el traslado del cadáver al mortuario.

Otro concepto importante es: amortajar, es decir, la preparación del cadáver para que pueda ser velado por sus familiares antes de su sepultura. Mientras realizamos el amortajamiento es imprescindible tener la mayor intimidad posible mediante el uso de biombos, mamparas o cortinas en caso de que haya otro paciente en la habitación.

Tras analizar las funciones y las responsabilidades del celador, es importante hacer incapié y tener en cuenta que el celador jamás debe informar a la familia del fallecido de la defunción de este, ya que es una función exclusiva del profesional correspondiente.

Como se ha visto con anterioridad, la función del celador es la de trasladar al fallecido al mortuario, y una vez allí deberá:

- Ayudar y auxiliar al personal facultativo (anatomopatólogos y forenses) y se ocupará de:
- Colocar el cadáver en la mesa de autopsias en decúbito supino,
- Preparar y colocar el cadáver para la práctica de la autopsia.
- Mantener la intimidad del proceso, evitando la intromisión de curiosos.
- Ayudar al médico durante la autopsia, ejecutando movimientos en el fallecido si fuese necesario.
- En caso de rellenar un cadáver se haría con papel antes de su cierre.
- Asear el paciente después de la autopsia
- Limpiar el material, mesa y sala de autopsias.
- Traslado de las muestras al servicio de Anatomía Patológica.
- Reparto de resultados de biopsias y citologías del centro.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir con esto que no solo el enfermo padece la problemática, los familiares también sufren esta realidad, de ahí la importancia que en este momento tan difícil para la familia del paciente se le de un buen trato, con una amabilidad por parte del celador, junto con una importante empatía que será una influencia positiva en la familia y en la impresión que se llevan de la institución y de la atención recibida.

En el término de la vida del paciente se adoptan medidas para buscar su comodidad, buscando el menor sufrimiento posible algo que es positivo para la familia logrando en mayor medida la aceptación de la situación si este proceso ha ocurrido de manera controlada y sin sufrimiento.

6 Bibliografía

<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-23.html>

García Álvarez, José Antonio. La Necrofobia como riesgo psicosocial del celador en Anatomía Patológica .Ocronos. 2020

Pastor de Paz, Marta y Megido García, Nicolás. El celador en mortuorios y salas de autopsias. Ciencia Sanitaria.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales

Capítulo 211

LA CONCILIACIÓN FAMILIAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

VANESA CANO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La conciliación familiar viene regulada en la Ley 39/1999, de 5 de noviembre para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

La conciliación familiar la podemos definir como el conjunto de medidas que van dirigidas a que el trabajador tenga facilidades para compaginar de manera sencilla su vida laboral sin perturbar su vida familiar y personal.

Se debe de tener en cuenta que la conciliación familiar debe entenderse desde la igualdad de genero, pues los nuevos tiempos han posibilitado que tanto hombres como mujeres participen de manera más equitativa y por igual sin ningún tipo de desigualdad de género en la vida familiar y laboral.

Señalar que lo que se ha conseguido con las políticas de conciliación familiar es una mayor satisfacción tanto en hombres como en mujeres. Puesto que ambos pueden desarrollar como personas en el ámbito laboral sin desatender su esfera más personal, como es la familia. Esto no solo será bueno para los trabajadores, sino también para la empresa. Porque a mayor satisfacción para los trabajadores,

mayor rendimiento del trabajo por parte de esos y mayores beneficios para la empresa.

De los beneficios de los que pueden disfrutar los trabajadores (tanto hombres como mujeres) con la conciliación familiar podemos destacar los siguientes: Permisos retribuidos, maternidad, paternidad, lactancia, vacaciones, permisos no retribuidos, excedencias, reducción de jornada.

2 Objetivos

-Análisis y estudio de la conciliación familiar con el trabajo. Que permita a los trabajadores mantener un equilibrio en todas las esferas de su vida personal, familiar y laboral.

3 Metodología

Para el desarrollo y estudio de este capítulo se ha realizado una búsqueda de información en fuentes legales, bibliográficas y bases de datos.

Como fuentes legales, destacar la Ley 39/1999, de 5 de noviembre para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Y el Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para la garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación

Como fuentes bibliografías, destacar las siguientes: La conciliación Familiar, Laboral, Social y Personal: Una Cuestión Ética. Autor: María Buscarais Estrada. Y La Conciliación de la Vida Familiar y laboral en la Seguridad Social Española. Autor: María de los Reyes Martínez Barroso.

Finalmente señalar la búsqueda en la base de datos Google Scholar.

4 Resultados

Como se ha señalado anteriormente como concepto de conciliación familiar podemos tomar el siguiente: El conjunto de medidas que van dirigidas a que el trabajador tenga facilidades para compaginar de manera sencilla su vida laboral sin perturbar su vida familiar y personal.

Los Derechos que la conciliación familiar otorga a los trabajadores y trabajadoras son los siguientes:

- **Permisos Retribuidos:** Un claro ejemplo son los permisos de maternidad y paternidad. Que con las políticas de igualdad actuales se han equiparado totalmente tanto para hombres como para mujeres por igual. Siendo para ambos 16 semanas.
- **Permiso de Lactancia:** El cual es un derecho de los trabajadores para la lactancia de sus hijos como mínimo hasta los 9 meses. Permiso que tras la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para la garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación, pueden disfrutar de el tanto padres como madres.
- **Vacaciones:** Los trabajadores tienen derecho a 2.5 días de vacaciones por mes de trabajo. Es decir, 30 días naturales al año. O lo que lo mismo 22 días laborales al año. Señalar que este periodo de vacaciones nunca se puede reducir, pero si ampliar por convenio colectivo.
- **Permisos no retribuidos:** Claro es el ejemplo de excedencias o reducciones de jornada. Un ejemplo de excedencia voluntaria, es la que puede solicitar el trabajador por cuidado de hijo, siempre que cumpla con los requisitos exigidos. Y un ejemplo de reducción de jornada, es la que puedo solicitar el trabajador por cuidado de hijo hasta que este tenga los 12 años.

Otros derechos a destacar y que otorga la conciliación familiar son: Teletrabajo, cambio de turnos o cambios de horario.

Las medidas que puede adoptar la empresa para beneficiar la conciliación familiar son las siguientes:

- Jornadas de trabajo continuas.
- Permitir y facilitar el teletrabajo.
- Establecer un mínimo de días por asuntos propios.
- Crear un departamento únicamente para regular la conciliación familiar.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que se puede extraer tras el estudio y análisis de la conciliación familiar, son los múltiples beneficios que la misma produce. Entre los que podemos destacar los siguientes:

- Satisfacción personal de los trabajadores.
- Mayor motivación por parte de los trabajadores.

- Mayor desarrollo personal y profesional para los trabajadores.
 - Minimiza el estrés, la depresión y la ansiedad en los trabajadores.
 - Clima laboral agradable.
 - Mayor rendimiento del trabajo y mayores beneficios para la empresa.
 - Beneficia la imagen de la empresa, generándose mayor publicidad para la misma.
- Aspecto muy importante para la empresa, pues eso le ayudará a crecer en el mercado empresarial compitiendo con el resto de las empresas.

6 Bibliografía

1º) Ley 39/1999, de 5 de noviembre para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

2º) Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para la garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación

3º) La conciliación Familiar, Laboral, Social y Personal: Una Cuestión Ética. Autor: María Buscarais Estrada.

4º) La Conciliación de la Vida Familiar y laboral en la Seguridad Social Española. Autor: María de los Reyes Martínez Barroso.

5º) La Base de Datos Google Scholar.

Capítulo 212

EL CELADOR EN LA PARTE DE FARMACIA DE LOS HOSPITALES

MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ

DAVID MADRIGAL RICHART

BERNARDO GARCÍA GÓMEZ

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

CARMELO ESCUDERO DELGADO

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es el servicio de atención médica que se encarga de elegir, preparar, almacenar, combinar y dispensar medicamentos y productos sanitarios, asesorando a profesionales de la salud y pacientes sobre su uso seguro, efectivo y eficiente. Es un campo especializado que suele depender de la dirección médica de un hospital, al igual que los Servicios de Análisis Clínicos, Microbiología o Medicina Nuclear entre otros.

El servicio de farmacia tiene como objetivo proporcionar medicación tanto a pacientes infectados como a pacientes ambulatorios. Debe conseguir que cada paciente reciba la terapéutica medicación adecuada a sus necesidades aconsejando la dosis adecuada, frecuencia de administración, duración del tratamiento, llevar el estudio de los efectos beneficiosos y nocivos del uso del medicamento.

La custodia, conservación y dispensación de los medicamentos de uso humano sólo está en manos de:

- Las oficinas de farmacia abiertas al público que estén legalmente autorizadas.
- Los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de Atención

Primaria del Sistema Nacional de Salud.

Poniendo de pilar importante en el tema de los medicamentos la Ley 29/2006 del 6 de Julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece que la administración sanitaria del Estado es un organismo competente para valorar el valor benéfico de los medicamentos, productos y artículos sanitarios, y que los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmaci

2 Objetivos

Conocer las funciones y deberes del celador en el servicio de farmacia hospitalaria y su valor en este servicio 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, Scielo, buscador de Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Dentro de la farmacia hospitalaria, el celador tiene una serie de funciones que debe cumplir:

- Recepción de material, recogiendo los paquetes, bultos y envases que los proveedores suministran a la farmacia. Ello será controlado con los albaranes de entrada, después en el caso de que sea correcto, la firma, y le da una copia al transportista. En el caso de error en el material suministrado, no se debe de recoger y se pondrá en conocimiento del responsable de la farmacia.
- Acondicionamiento del material. El celador entregará el material recibido al personal sanitario, junto con la copia del albarán correspondiente para que los servicios de administrativos contabilicen la entrada del mismo. El objeto es que lo clasifiquen, ordenen y coloquen. Hay que tener en cuenta que determinados

productos son acondicionados directamente por el celador como las garrafas de alcohol, los botes de suero fisiológico, etc.

- También tienen la misión de transportar el material dentro de la misma farmacia, moviendo bultos y cajas de gran volumen o peso dentro de la farmacia cuando sea necesario.
- Distribuyen la medicación y también productos galénicos a las unidades del hospital, transportan carros con medicamentos o carritos unidos de medicación, desde la farmacia hasta los puestos de enfermería de las plantas de otras unidades, entregando y recogiendo el personal autorizado los documentos de comprobación de suministro y entrega de pedidos. Transporta productos desde otras unidades del hospital hasta la farmacia.
- Dispensación de determinado material que el mismo celador ha ordenado, como botes de suero.
- El celador de farmacia deberá hacer los recuentos periódicos del material que sea su responsabilidad, teniendo por objeto comprobar las existencias reales de los productos almacenados en el recuento que se hace cuando el inventario general, que suele ser anual, para conocer la existencia real del material almacenado.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia es un servicio asistencial y central fundamental en el hospital ya que es el encargado de suministrar el material sanitario y la medicación a las distintas unidades y servicios del hospital. También se encarga de la distribución de medicaciones a pacientes externos, se trata de un tipo de medicación que no puede ser dispensada en las oficinas de farmacia externas. Su función será garantizar una adecuada gestión, controlar y conseguir un uso racional de los medicamentos.

El celador destinado al servicio o unidades de farmacia hospitalaria realizara un conjunto de funciones encaminadas al buen desarrollo del servicio y a que el resto de las unidades puedan desarrollar su función sin interrupciones, ya que es el encargado de trasladar al resto de unidades o servicios todo el material sanitario y medicación que precise en cada momento y para cada paciente en particular

6 Bibliografía

1. Celadoresonline.blogspot.com. Disponible en:<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-22-funciones-del-celador-en-la.html>

2. Goconqr.com. Disponible en: <https://www.goconqr.com/es/mindmap/7159054/actuaci-n-del-celador-en-el-servicio-de-farmacia>
3. <https://revistamedica.com/farmacia-hospitalaria-funciones-celador/>

Capítulo 213

EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS Y LA FUNCION DEL CELADOR ANTE ESTOS CASOS

MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ

DAVID MADRIGAL RICHART

BERNARDO GARCÍA GÓMEZ

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

CARMELO ESCUDERO DELGADO

1 Introducción

A lo largo de nuestra historia, la tuberculosis ha sido conocida por diversos nombres como pueden ser la peste blanca o mal del rey, es una enfermedad infecciosa causada por un tipo de bacteria que recibe el nombre de *Mycobacterium tuberculosis*. Esta enfermedad infecta principalmente los pulmones, por lo que la principal vía de infección son las secreciones respiratorias que profieren personas ya infectadas con esta enfermedad pero puede afectar otros órganos que no sean los pulmones. Se trata de una enfermedad curable y prevenible.

La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos de estos bacilos para quedar infectada.

Se calcula que una cuarta parte de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis, lo que significa que dichas personas están infectadas por el bacilo pero (aún) no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

La tuberculosis está presente en el mundo entero. En 2019, el mayor número de nuevos casos de tuberculosis se produjo en la Región de Asia Sudoriental de la OMS, en la que se registraron el 44% de los nuevos casos, seguida de la Región de África de la OMS, con el 25% de los nuevos casos, y la Región del Pacífico Occidental de la OMS, con el 18% de los nuevos casos.

En 2019, el 87% de los nuevos casos de tuberculosis se produjeron en los 30 países con mayor carga de tuberculosis. Ocho países registraron dos tercios de los nuevos casos de tuberculosis: la India, Indonesia, China, Filipinas, el Pakistán, Nigeria, Bangladesh y Sudáfrica.

En España, la tasa de incidencia de ésta enfermedad registra un paulatino y sostenido descenso si comparamos con la situación hace más de 10 años y la actual; la mortalidad presenta altibajos, pero continúa siendo un problema importante, especialmente en las poblaciones indígenas y rurales en áreas de difícil acceso y por atacar a las personas en la etapa más productiva de sus vidas, es decir, entre los 15 y 59 años de edad, produciendo invalidez y ausentismo laboral importante, con la consiguiente pérdida económica para el país.

2 Objetivos

Describir e indicar los principales aspectos de la tuberculosis, vías de transmisión, síntomas y tratamiento por parte del celador en los centros sanitarios

3 Metodología

Los datos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: celador, tuberculosis, diagnóstico, transmisión. Además, también se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

Palabras clave: celador, tuberculosis, prevención.

4 Resultados

1. VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.

Una persona con tuberculosis, que no esté en tratamiento, puede contagiar a otras personas al estornudar, toser o escupir. Al hacerlo, envía bacterias al aire que pueden entrar a los pulmones de otras personas. Alcanza con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.

Cuando la persona enferma se encuentra haciendo tratamiento no contagia a otras personas. La tuberculosis no se contagia por compartir alimentos, cubiertos, vasos, etc. con una persona enferma.

A lo largo de un año, una persona con tuberculosis puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto cercano. Si no reciben el tratamiento adecuado, hasta dos terceras partes de las personas con tuberculosis mueren.

2. SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

La tos persistente por más de 15 días es el principal síntoma. Se puede presentar junto a fiebre, sudoración por la noche, cansancio permanente, pérdida de peso o falta de apetito. Sin embargo, pueden ser leves durante muchos meses. Es por esto que las personas pueden tardar en consultar al servicio de salud y transmiten la bacteria a otras personas. Ante la persistencia de tos durante más de 15 días, es importante consultar en un servicio de salud.

3. TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD

Atendiendo a las bases bacteriológicas, para obtener la curación de la tuberculosis el régimen terapéutico recomendable de los casos iniciales en España es el de 6 meses, con 4 fármacos de primera línea durante los 2 primeros (isoniacida, rifampicina, piracinamida y etambutol) y 2 fármacos (isoniacida y rifampicina) durante los 4 restantes.

Se entiende por caso inicial el paciente que nunca ha sido tratado (caso nuevo) y el que ha recibido tratamiento previo, pero durante menos de 1 mes. En la silico-tuberculosis se recomienda alargar la pauta hasta 9 meses y en la tuberculosis del sistema nervioso central hasta 12 meses (D); en este último caso se deben añadir 20-40mg de corticoides en la fase inicial

Se debe tomar la medicación en una única dosis por la mañana y en ayunas, y no ingerir nada hasta pasada media hora. La dosis de etambutol en el niño, especialmente en los menores de 5 años, será de 15mg/kg de peso al día .

5 Discusión-Conclusión

En este apartado comenzaremos diciendo que la tuberculosis sigue siendo un gran problema de salud en la mayoría de los países del mundo.

Un paciente que presente hemoptisis, dolor torácico, tos persistente, cansancio y sudoración, deberíamos pensar que puede ser susceptible de padecer tuberculosis y deberemos tomar las medidas oportunas para evitar un posible contagio. Entre el personal sanitario se debe tener especial cuidado, ya que la transmisión de esta enfermedad entre sanitarios es frecuente si no se toman las medidas oportunas y su propagación en el hospital podría ser muy rápida.

Con todo lo dicho anteriormente podemos decir que la labor del celador para evitar la propagación de dicha enfermedad es de gran importancia.

6 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/Tuberculosis>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/tuberculosis.html>
3. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/tuberculosis>
4. <https://www.monografias.com/trabajos66/tuberculosis/tuberculosis2.shtm>

Capítulo 214

EL CELADOR EN LA PARTE DE URGENCIAS HOSPITALARIAS Y SUS FUNCIONES

MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ

DAVID MADRIGAL RICHART

BERNARDO GARCÍA GÓMEZ

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

CARMELO ESCUDERO DELGADO

1 Introducción

En el servicio de urgencias la actuación del celador es imprescindible .
Tenemos que saber en cada momento cual es nuestra función , junto con todo el equipo que compone urgencias , para una actuación rápida y eficaz , que en muchos casos es imprescindible para el paciente , dependiendo de su patología .
La empatía y saber escuchar nos llevará a tranquilizar al paciente y conocer mejor su estado de salud, facilitando al enfermero o enfermera de triaje su labor para poder evaluar mejor al paciente.
Dependiendo de la patología lo recibiremos a pie, en silla de ruedas o camilla.
A los familiares que acompañen al enfermo les informaremos donde pueden esperar para recibir información de dicho paciente .

La información asistencial le corresponde exclusivamente al médico que asiste a dicho paciente.

A lo largo de este capítulo se detallarán dichas funciones del celador en el servicio de urgencias, aunque cabe adelantar ya algunos aspectos importantes a tener en cuenta respecto a estas funciones, como por ejemplo, que el celador de urgencias hospitalarias, nunca dará información asistencial. Si podrá informar de los servicios como: cafetería, aseos, salas de espera, hotel...etc. Cabe destacar también que el celador deberá estar coordinado con todo el equipo que compone dicho servicio. Por último, destacar que nunca abandonará la puerta de urgencias, y que deberá llevar la tarjeta identificativa para que tanto pacientes como usuarios conozcan a quién se dirigen.

2 Objetivos

objetivos principales :

-Conocer e indicar las funciones principales que tiene que desarrollar los celadores en el servicio de urgencias hospitalarias

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han consultado distintos libros del celador en urgencias hospitalarias: CEP ,MAD... así como páginas web relacionadas con el celador en el servicio de urgencias hospitalarias. También se ha revisado la legislación vigente al respecto, como la Orden Ministerial 5 julio de 1971 , que en su 14.2 recoge las funciones del celador en todos sus ámbitos.

4 Resultados

Las principales funciones del celador en el servicio de urgencias hospitalarias son:

Mantener la entrada de urgencias provista de sillas y camillas.

Recibir al paciente tanto en silla a pie o en camilla , dependiendo de la patología del paciente.

Comunicar al paciente que se dirige a admisión para dar sus datos con su tarjeta sanitaria. Si el paciente debido a su patología no pudiese, se le informará al fa-

miliar para que los facilite (en caso de urgencia , lo llevaremos directamente al servicio de urgencias que se nos comunique y los datos se darán en el momento oportuno).

Llevaremos al paciente a triaje para que lo valore el facultativo , enfermero o enfermera , y posteriormente lo llevaremos donde se nos comunique.

Comunicaremos a los familiares donde ubicaremos al paciente dentro del servicio de urgencias hospitalarias ,y le informaremos donde pueden esperar hasta que se les informe de la evolución de dicho paciente , correspondiendo exclusivamente esta información al médico responsable de dicho paciente.

Trasladaremos al paciente a los distintos servicios que se nos comunique para la realización de pruebas , que haya que realizarle a criterio del médico responsable : rayos, uci, ecografía...etc.

Ante un paciente de urgencias hospitalarias que el médico responsable considere que debe ser ingresado, haremos el traslado con la máxima diligencia e informaremos a los familiares de dicho paciente , del servicio donde se ubicará.

Si el médico responsable considera ingresar a dicho paciente , avisaremos a la familia para que sepa en todo momento donde está su familiar .

Tanto el celador en el servicio de urgencias hospitalarias, como cualquier otro celador , nunca dará información referente al estado de salud del paciente, este hecho supondría una falta muy grave con pérdida del puesto de trabajo .

El paciente que sea dado de alta , lo acompañaremos en silla de ruedas si lo precisa hasta su propio vehículo con cortesía .

5 Discusión-Conclusión

En el servicio de urgencias hospitalarias , vemos situaciones con o sin riesgo vital, por ello , la figura del celador junto con el resto de profesionales es primordial.

El celador es la primer profesional que recibe al enfermo en el servicio de urgencias hospitalarias, por ello es importante tener una buena imagen de aseo e ir perfectamente uniformado e identificado .

Saber mantener la compostura ante pacientes agresivos no entrando en descalificativos , agilizando su proceso de valoración por el médico.

Tener empatía y ponernos en el lugar del otro y saber escuchar y comprender.

El celador de urgencias hospitalarias ,ayudará a todo el personal del servicio de urgencias hospitalarias ,dentro de sus funciones.

6 Bibliografía

<http://www.celadoresonline.blogspot.com/>
Actuación del celador en el Servicio de Urgencias
Editorial MAP

Capítulo 215

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PROGRAMACIÓN DE CITAS EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

MACARENA GIL FERNANDEZ

MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA

MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ

FRANCISCA LÓPEZ LARA

ROSARIO TOLEDO CAMPOS

1 Introducción

Las pruebas diagnósticas son un paso imprescindible para el desarrollo de la práctica clínica y suelen requerir la participación de diferentes especialistas médicos. Por ello, es básico coordinar todo el proceso, que se puede dividir en las siguientes fases:

1. Revisión de la historia clínica y exploración del paciente.
2. Consulta de resultados de las pruebas diagnósticas realizadas previamente. Este punto es clave para evitar duplicidades o pruebas innecesarias.
3. Petición de las nuevas pruebas requeridas.
4. Gestión de la petición, que será derivada al servicio diagnóstico correspondiente.
5. Realización de cada prueba.

6. Envío de los resultados al médico que realizó la solicitud.

A la hora de gestionar la programación de una prueba diagnóstica, el instrumento básico para atender las peticiones clínicas es el volante, también llamado formulario de solicitud de pruebas.

En el volante se especifican las pruebas solicitadas, así como los datos del paciente, del facultativo que emite la petición y del servicio diagnóstico al que se solicitan dichas pruebas.

Los administrativos responsables de programar estas pruebas deben tener en cuenta diferentes consideraciones:

- En el caso de que una petición incluya varias pruebas, las citas deben programarse en el menor tiempo posible.
- Detectar incompatibilidades entre pruebas.

Por ejemplo, determinados marcapasos pueden ser incompatibles con resonancias magnéticas o rayos X.

- Comprobar que no se realizan pruebas redundantes o que ya se hayan realizado recientemente.

2 Objetivos

Conocer como personal auxiliar administrativo algunas cuestiones básicas relacionadas con los indicadores de gestión hospitalaria, en lo relativo a la programación de citas en pruebas diagnósticas, unificando criterios para una mejor atención

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 relacio

4 Resultados

Al igual que la cita previa en atención primaria, las pruebas diagnósticas también se deben programar mediante la aplicación informática, que puede variar en fun-

ción del centro de salud u hospital en cuestión. También se deberá entregar al paciente un resguardo con la información de la cita de realización de la prueba diagnóstica, indicando el día y la hora, la ubicación física donde se realizará la prueba

(código del centro) y datos del profesional que la llevará a cabo (código del facultativo).

A continuación, a modo de ejemplo, se ilustra en un diagrama la integración entre diferentes servicios y centros médicos a la hora de solicitar dos pruebas y una interconsulta para un mismo paciente. En concreto, se simula la solicitud de un análisis de sangre, una interconsulta de traumatología y una radiografía:

En este ejemplo, se procede a los siguientes pasos:

1. El médico consulta la HC del paciente y realiza la exploración. Después, accede a la gestión de peticiones clínicas para solicitar un análisis de sangre, una interconsulta de traumatología y una radiología.
2. El paciente acude al servicio de extracciones para que le practiquen el análisis de sangre en la fecha y hora programadas. Generalmente, los análisis de sangre se hacen por la mañana y en ayunas.
3. La interconsulta de traumatología se programará a través del sistema informático hospitalario y de la gestión de citas. El paciente acudirá a la consulta en la fecha y hora programadas.
4. La programación de rayos X puede realizarla desde el sistema de gestión de citas o desde el sistema de información de radiología (RIS). Lógicamente, la integración entre ambos sistemas debe ser efectiva y deben compartir la información de la citación.
5. El laboratorio realiza los análisis y los resultados se almacenarán en el sistema de información del hospital.
6. El servicio de traumatología emite un informe clínico de la situación del paciente. El informe se archiva en los sistemas de información del laboratorio.
7. Por su parte, el radiólogo examina las imágenes de la radiografía y elabora el informe correspondiente, que se almacena en el sistema de información de radiología.
8. Este último paso representa la culminación del proceso: el médico que solicitó la petición de pruebas consulta los resultados en la HC electrónica. Como los diferentes sistemas de información (de laboratorio, gestión de citas, radiología y hospitalaria) están integrados y conectados, podrá acceder a los informes almacenados en cada uno de los sistemas.

Así, una vez consultados todos los informes y resultados, tomará una decisión, prescribiendo un tratamiento al paciente o solicitando nuevas pruebas si lo con-

sidera necesario.

De poco sirve programar una prueba diagnóstica para un paciente si, después, no se informa de los resultados al médico que las solicitó o no se piden otras pruebas complementarias necesarias para garantizar la continuidad asistencial.

De ahí la importancia de tender a un modelo de integración de los diferentes sistemas de información, lo que es facilitado por la historia clínica electrónica y los diferentes softwares que centralizan y aúnan toda la información clínica y administrativa de los pacientes.

Así, cada vez que se solicite una prueba diagnóstica o se prescriba un tratamiento que concierne o afecte a otros profesionales, es necesario que exista un informe escrito que contenga ítems básicos: los datos identificativos del paciente, la exploración física efectuada, las exploraciones complementarias solicitadas o el resultado de las pruebas realizadas, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal no sanitario (auxiliar administrativo) que desarrolla sus funciones en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas relacionadas con la gestión hospitalaria, en lo referido a la gestión de citas de pruebas complementarias, una de nuestras funciones.

Hemos visto las distintas fases del proceso y que es el volante, el documento a través del cuál se gestionan.

Así como las consideraciones básicas a la hora de programar estas pruebas.

Hemos visto una simulación de como se gestionaría una solicitud y la importancia de integrar los diferentes sistemas de información para recoger todo de forma informatizada en la historia clínica del paciente.

6 Bibliografía

1- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>

> ...

Citas hospitalarias y pruebas diagnósticas | Servicio Andaluz de Salud

2- <https://nordoc.net>

> 2016/01PDF

GUIA DE GESTION DE CONSULTAS EXTERNAS EN ATENCIÓN ... - Nordoc

3- <https://www.saludcastillayleon.es>

Capítulo 216

UNIDAD DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES Y LAS GESTIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MACARENA GIL FERNANDEZ

MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA

MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ

FRANCISCA LÓPEZ LARA

ROSARIO TOLEDO CAMPOS

1 Introducción

El auxiliar administrativo es una pieza clave en los servicios de urgencias, de la misma forma que lo es en el resto de los servicios del ámbito sanitario.

En los servicios de urgencia el auxiliar administrativo, organiza, gestiona, planifica y programa todas las actividades asistenciales. Para el correcto desempeño de su trabajo, el profesional tiene la obligación de conocer los protocolos y la normativa vigente en estos servicios, para la buena marcha del servicio. Otra tarea muy importante que debe llevar a cabo el auxiliar administrativo en los servicios de urgencia es dar todo el apoyo que sea necesario en el ámbito de la administración.

El primer contacto con el que se encuentra el paciente cuando llega al servicio de urgencias es el auxiliar administrativo, y es este profesional el que le proporciona

toda la información administrativa, a través de la cual se le informa de los pasos que se van a seguir desde el momento en que accede a ese servicio. En resumen, lo que hace el auxiliar administrativo en estos servicios, es dar al paciente la información adecuada y necesaria.

La forma de actuar de estos profesionales en estos servicios de urgencia, juega un papel muy importante, puesto que su misión es tranquilizar al paciente. A fin de que este se sienta tranquilo dentro de la circunstancia que le ha tocado vivir por lo que respecta a su estado de salud

2 Objetivos

OBJETIVOS PRINCIPALES:

- Exponer las tareas del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias.

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

Como se ha señalado en la introducción, la información asistencial al paciente es muy importante en el servicio de urgencias, y esta es dada tanto al paciente como a sus familiares. Esta información asistencial también puede ser vista como uno de los derechos más destacable que tiene el paciente y como una de las tareas del auxiliar administrativo. Siendo obligación del auxiliar administrativo ofrecer dicha información.

Los protocolos que se siguen desde el momento en que el paciente entra en el servicio de urgencias son los siguientes:

- Recepción y acogida: En esta primera fase, se toma nota de los datos personales del paciente. Y se le pone la pulsera identificativa. Este primer trámite normalmente lo hace el paciente, pero si este, no se encuentra en condiciones debido a su estado de salud, serán los familiares que le acompañan quienes lo hagan lo haga.

- Triage: A través del triaje lo que se hace es valorar y clasificar la clase de urgencia ante la que nos encontramos, con el fin de determinar que pacientes deben ser atendidos antes con independencia del orden de llegada que haya tenido lugar. Señalar que hay cuatro tipos de gravedad a la hora de clasificar al paciente, y son los siguientes: Leve, mediana, severa y extrema.

Señalar que en el servicio de urgencias, hay unas tres zonas o áreas:

- La consulta: Que es donde se explora y evalúa al paciente.
- Salas de esperas: Que es donde espera el paciente para la realización de las pruebas que sean necesarias a fin de determinar su diagnóstico.
- Boxes: Espacio que está destinado a los pacientes más graves, por lo que requieran una cama.

Finalmente señalar que los familiares que acompañan al paciente irán recibiendo información a lo largo del tiempo de espera sobre la evolución del estado de salud de su familiar

5 Discusión-Conclusión

Tras el estudio del tema y tras analizar paso a paso la estancia del paciente en el servicio de urgencias, se ha llegado a la conclusión de que el papel del auxiliar administrativo en urgencias es clave y primordial para la buena marcha del servicio. Puesto que sin él la organización y el control sería un caos, difícil de solucionar sin su presencia, puesto que podemos ver al auxiliar administrativo como el primer eslabón a la hora de organizar, gestionar, planificar y programar la actividad en el servicio de urgencia.

Otro aspecto importante que debe cumplir el auxiliar administrativo, es dar tanto al paciente como a los familiares la información de una manera clara y concisa, a fin de que estos puedan entenderla fácilmente.

6 Bibliografía

1. Ley 25/1997 de 26 de diciembre, de regulación del servicio de atención de urgencias 1-2-2.
2. Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
3. Ley 55/2003 de 16 de noviembre del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Capítulo 217

FUNCIONES DEL CELADOR DE PUERTA

ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ

NOELIA IGLESIAS SILVA

DAVID CESPEDES MARTÍN

YOLANDA BRUCES SANCHEZ

VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA

1 Introducción

La misión de este puesto de trabajo es sumamente delicada por ser el primer contacto que el paciente tiene con el Hospital. Requiere el puesto facilidad de palabra, extroversión, paciencia, amabilidad y comprensión para atender y contestar las preguntas que pueden formularle y estén dentro de su competencia. Informa de las consultas externas, indicando lugar, día y hora de las mismas. Controla la entrada de toda persona ajena a la institución, prohibiendo el paso a aquellas que no vayan provistas del correspondiente justificante. Prohíbe la entrada a toda persona que presente muestras de suciedad, promueva alboroto o vaya embriagada y a los que lleven comida o bebida obligándolos a dejar ésta en la portería para su posterior entrega a la salida de la institución. Vigila la salida de los enfermos, quienes deberán acreditar su autorización para abandonarla.

Podemos decir que la figura del celador es una de las personas imprescindibles dentro de la composición de un equipo de profesionales que atiende al usuario en

un centro sanitario, ya que la plantilla de un hospital no está compuesta solo por médicos y personal de enfermería, sino por un conjunto de personas que realizan sus funciones en equipo, para atender de la mejor manera posible las necesidades de los pacientes.

2 Objetivos

Analizar y conocer las tareas y funciones que realiza el Celador de Puerta en las entradas del Centro o Institución Sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado una revisión bibliográfica en las bases de datos contenidas en los siguientes buscadores: Google, PubMed, Scielo, Se utilizaron como filtros de búsqueda: funciones de los celadores, funciones específicas por áreas de los celadores, celador de Puerta.

4 Resultados

El celador de puerta tiene asignadas las siguientes funciones:

- Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que les sean establecidos.
- No dejarán nunca abandonada la vigilancia de la puerta de entrada.
- Vigilar las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
- Prohibir la entrada a personas que presenten muestras de suciedad, alcoholización o con indicios de provocar altercados.
- Informar sobre el horario establecido de las consultas externas, así como su ubicación en el centro sanitario de cada una de ellas.
- Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
- Velar continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de las Institución.
- Dar cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.

- Vigilar el acceso y estancias de los familiares y visitantes, según las normas del Centro, cuidando que no se introduzcan en el Hospital más que aquellos objetos y paquetes autorizados.
- No dejar nunca abandonada la vigilancia de la puerta de entrada.
- En caso de conflicto con los visitantes. o intruso, requerirán la presencia del personal de Seguridad.
- En casos excepcionales podrán ser requeridos para cualquier otra actividad contemplada en su Estatuto.
- Se abstendrán de hacer comentarios a los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia del enfermo.
- También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas. En casos excepcionales podrán ser requeridos para cualquier otra actividad contemplada en su Estatuto.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona con la que el paciente como el acompañante contacta cuando acude a un Hospital, por lo que debe ser una persona con don de gentes, paciente para poder responder e indicar al usuario con claridad y fiabilidad la información adecuada, respetando siempre la Ley de Protección de Datos, mostrando cercanía en el trato y con un tono de voz adecuado, y sobre todo ser discreto en los comentarios.

Es muy importante la función que realiza el celador en la Puerta para que el Centro destinados a proporcionar todo tipo de asistencia médica, incluidas operaciones quirúrgicas y estancia durante la recuperación o tratamiento, y en el que también se practican la investigación y la enseñanza médica, funcionen de forma correcta.

6 Bibliografía

1. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm#marc01
2. www.revistamedica.com

Capítulo 218

SUGERENCIAS, RECLAMACIONES Y QUEJAS TRAMITADAS POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

MACARENA GIL FERNANDEZ

MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA

MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ

FRANCISCA LÓPEZ LARA

ROSARIO TOLEDO CAMPOS

1 Introducción

A lo largo de los años los usuarios de los centros sanitarios se han ido relacionando con la Administración y han ido manifestando su disconformidad en algunos servicios que esta ofrece. Mediante la información administrativa los usuarios pueden conocer sus derechos y obligaciones, así como la forma en la que pueden usar los bienes y servicios públicos.

Dentro de todo este entramado desempeña un papel muy importante el auxiliar administrativo, ya que es la persona que les facilita esa orientación y ayuda en el momento inicial, dándoles la acogida necesaria para que les sea más fácil todo el proceso. Cada centro sanitario está obligado a tener a disposición de los usuarios

un servicio llamado de Atención al Paciente para vigilar que se cumplan todos los derechos y obligaciones de los mismos, también, es el servicio encargado de explicar a las personas que lo necesiten las prestaciones disponibles en cada centro.

Siempre que un usuario necesite poner una queja o reclamación pueden hacerlo en atención al paciente, en primera línea de este departamento se encuentran los auxiliares administrativos, estos son los primeros en recibir a las personas y tramitarles toda la documentación. Existe un formulario de quejas y sugerencias mediante el cual se pueden comunicar los usuarios del servicio de salud con el Ministerio de Sanidad, tanto para proponer nuevas iniciativas como para reclamar las deficiencias observadas en cualquier servicio.

2 Objetivos

Conocer e indicar el procedimiento de resolución de quejas que los usuarios/pacientes formulen en los todo los centros hospitalarios por el auxiliar administrativo

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

Un objetivo fundamental de los profesionales de la salud es la mejora continua de la calidad asistencial, y gracias a las quejas y sugerencias se hace que la población participe activamente en el sistema sanitario ayudando a mejorarlo. Entendemos por queja o reclamación el documento presentado por el usuario donde pone de manifiesto el mal estar con la atención recibida, por el contrario, la sugerencia es la propuesta para mejorar cualquier servicio dentro del sistema sanitario.

Existen varias formas en las que se pueden realizar las sugerencias, quejas y reclamaciones: presencialmente (en los servicios de Atención al Paciente de los centros sanitarios), por vía telemática (mediante un formulario electrónico) y por

correo postal enviado al centro sanitario que corresponda.

Son muchas las fases que se pueden diferenciar dentro de todo este proceso, y en ellas están siempre presentes los auxiliares administrativos, las más importantes son la recepción y acogida a los ciudadanos, orientación e información, gestión en relación con los procedimientos administrativos, recepción de las iniciativas o sugerencias, recepción de las quejas y reclamaciones por las tardanzas, desatenciones o cualquier otro tipo de actuación irregular y asistencia a los ciudadanos en el ejercicio del derecho de petición. Una vez que se reciben todas en el departamento correspondiente existe un plazo de veinte días para informar al usuario de las actuaciones a tomar.

Todas estas actuaciones deben formalizarse en modelo normalizado facilitado por la Administración Sanitaria y los usuarios están en su derecho de estar informados en todo momento sobre el estado de su solicitud. La rapidez en la respuesta dada es también un valor añadido para el usuario. Se pone a disposición de los usuarios esta vía de comunicación para que la prestación de los servicios mejore, y el funcionamiento de los centros sanitarios sea cada vez mejor y se consigan subsanar las deficiencias que se puedan percibir.

5 Discusión-Conclusión

De la resolución de las incidencias presentadas por los pacientes depende en gran medida la calidad de los servicios futuros. Las quejas, reclamaciones y sugerencias son necesarias para corregir las deficiencias del sistema sanitario. Gestionar las peticiones de los usuarios adecuadamente es la clave para la mejora continua en la sanidad, además nos permiten conocer la percepción que estos tienen de los servicios y nos sirven de guía para mejorar.

Si los auxiliares administrativos aplican correctamente los protocolos se proporcionará una mejor respuesta a los usuarios del sistema. Invertir tiempo y esfuerzo en las solicitudes de los pacientes permitirá detectar los problemas que puedan existir y esto ayudará a una mejora asistencial. Por todo ello, la mejora de los servicios está basada en la interacción entre paciente y Administración.

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. Decreto 6/2006, de 19 de enero, por el que se regulan las hojas de reclamaciones a disposición de los consumidores y usuarios. Boletín Oficial del Principado de

Asturias, n.º 25, (1 de febrero de 2005).

3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Capítulo 219

EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO

ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ

NOELIA IGLESIAS SILVA

DAVID CESPEDES MARTÍN

YOLANDA BRUCES SANCHEZ

VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA

1 Introducción

El paciente encamado puede sufrir angustia al verse postrado en una cama de forma obligatoria y necesitar asistencia directa en las actividades de su vida diaria.

Los cambios posturales son los cambios que realizamos en la postura corporal de una persona que se encuentra encamada.

Es muy importante la realización de los cambios posturales para evitar o prevenir úlceras por presión o irritaciones en la piel, teniendo en cuenta sobre todo en los salientes óseos (caderas, hombros, tobillos...), al igual que para mejorar la comodidad y el bienestar del paciente. Con todo ello se pretende:

- Fomentar actividades para el aumento del nivel de movilidad del paciente.
- Educar a la familia en el manejo del plan de cuidados para aumentar el nivel de movilidad y prevenir las complicaciones.
- Conservar la integridad de la piel.

– Prevenir la aparición de complicaciones propias de un déficit de movilidad debido a la situación de encamamiento prolongado.

– Prevenir la aparición de úlceras por presión e infecciones.

Lo recomendable es realizarlos cada dos o tres horas, alternando diferentes posturas para poder cambiar los puntos de apoyo del paciente. Las posturas más comunes son en decúbito supino (boca arriba) o en decúbito lateral izquierdo o derecho (de lado), aunque existen otras más complejas, dependiendo de cada paciente como se encuentre.

El celador con ayuda del técnico auxiliar en cuidados de enfermería son los encargados en realizar estos cambios posturales, otras veces necesitan la supervisión del personal sanitario.

2 Objetivos

Conocer las funciones que tiene el celador para mover a un paciente encamado y las diferentes posturas que existen

3 Metodología

Para realizar esta capítulo se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica sobre los cambios posturales y su gran importancia sobre el paciente. Se han consultado artículos procedentes de bases de datos como PubMed y Scielo. También el buscador google.

4 Resultados

Los cambios posturales son esenciales y de gran importancia para evitar posibles lesiones e incomodidades al paciente. Si el paciente encamado no puede moverse por sí mismo es muy importante realizar cambios posturales cada para evitar la aparición de complicaciones en la piel tales como, úlceras por presión. Para evitar la aparición de estas úlceras realizaremos cambios posturales en cama para aliviar la presión continúa, realizando movimientos de posición cada 2 o 3 horas.

Las posturas que más se utilizan son:

- Decúbito supino: la persona esta boca arriba.
- Decúbito lateral izquierdo o derecho: la persona esta de lado.
- Decúbito prono: La persona esta boca abajo.
- Fowler: Semisentado a 45°.

- Trendelemburg: La cabeza más baja que los pies, a unos 45°.
- Antitrendelemburg: Los pies más bajos que la cabeza, al contrario que la anterior.
- Sims o de Seguridad: Parecida a decúbito lateral pero el brazo inferior se lleva hacia atrás y el otro flexionado. Pierna superior flexionada y cabeza inclinada.
- Ginecológica o de Litotomía: Sentado con las piernas en los estribos y rodillas flexionadas.
- Genupectoral: De rodillas sobre la cama dejando el cuerpo descansar sobre ellas.
- Roser o Proetz: En decúbito supino con la cabeza colgando.

Es fundamental no arrastrar a la persona para evitar las lesiones por la propia fricción. Para ello, utilizaremos una sábana entremetida o cualquier otra ayuda técnica que nos facilite su movilización, ayudándonos de una segunda persona si fuera preciso.

También existen colchones especiales (anti escaras) que junto a los cambios posturales ayudan a prevenir las úlceras por presión ya que minimizan la presión en ciertas zonas.

El celador para ayudar con las técnicas de movilización es necesario que tengan unos conocimientos básicos para ello necesitan hacer cursos de formación y practicas continuas.

5 Discusión-Conclusión

El celador es fundamental en la acción de los cambios posturales y la movilización del paciente que lo requiera, ya que es el encargado de controlar estas técnicas para la mejora del paciente y el cuidado de su bienestar. Debido a esto necesita tener una formación adecuada.

La realización de los cambios posturales ayuda a que la circulación sanguínea fluya correctamente y la piel se mantenga de forma saludable, previniendo lesiones y aumentando la comodidad del propio paciente. También es muy importante tener en cuenta el tipo de cambio postural que requiere cada paciente y supervisar e informar de la necesidad de cambiarla por otra o no.

6 Bibliografía

<https://www.docenciaenfermeria.webnode.es>
<https://www.scielo.isciii.es/>

Capítulo 220

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CELADOR

ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ

NOELIA IGLESIAS SILVA

DAVID CESPEDES MARTÍN

YOLANDA BRUCES SANCHEZ

VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de burnout deriva de la expresión “estar quemado” es considerado un trastorno que afecta a nivel emocional y psicológico a una gran parte importante de trabajadores, entre ellos los celadores; que viven en un estado de estrés y ansiedad.

La mayor parte de los trabajos dedicados al fenómeno de burnout en entornos sanitarios centran el grueso de sus esfuerzos en investigar sobre causas y efectos de este fenómeno en médicos y enfermeras, tal vez una de las causas de esto es que tanto los unos como las otras realizan una importante labor investigadora.

La cultura de la pequeña investigación es algo nuevo entre el resto de profesiones relacionadas con la sanidad, TCAE, administrativos, técnicos, celadores, etc.

Dentro de los entornos sanitarios, en los últimos años, las investigaciones de estos fenómenos son muy abundantes, hasta el punto extremo que la abundancia de investigaciones amenaza con causar un colapso informativo.

La tensión en el trabajo sanitario se vive, se combate y se sufre de distinta manera, así que no puede valorarse de forma global por los mismos parámetros para todos los trabajadores.

El escenario laboral de hoy en día, marcado por la inestabilidad genera unas condiciones en el profesional que les hace experimentar frustración y tensión. Todo esto lleva a un aumento de los niveles de estrés laboral y desgaste profesional.

2 Objetivos

Analizar los signos y síntomas relacionados con el síndrome de Burnout
Ver cómo afecta al ámbito hospitalario para saber reconocerlo lo antes posible o en su defecto prevenirlo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “síndrome de burnout”.

4 Resultados

El Síndrome de Burnout suele aparecer después de un largo periodo de estrés laboral, hay profesiones que están mas expuestas a tener este síndrome sobre todo personas que escogieron la profesión entre ellos encontramos a los sanitarios.

En principio afecta sólo a la vida laboral, pero luego llega a afectar a niveles y familiares y sociales.

El campo de la psicología es el que reconoce el síndrome de burnout como un estado de insatisfacción, desgaste y fatiga laboral, caracterizado por un continuo malestar, baja motivación, excesivamente alterado en su estado de ánimo, agotamiento persistente, todo ello generado por problemas de trabajo.

Este tipo de dolencias ocurre en mayor índice donde el trabajador tiene contacto permanente con usuarios, a los que les ofrece y otorga un servicio, el cual implica atención o ayuda a personas.

La carencia de energía y de herramientas emocionales es el primer síntoma. El segundo es la despersonalización, con actitudes negativas hacia su entorno.

Los trabajadores con esta enfermedad, se sienten insatisfechos hacia su quehacer laboral. Está demostrado que un estrés crónico negativo es la antesala al padecimiento de burnout y se considera un trastorno que afecta a nivel emocional y psicológico a un porcentaje de personas que trabajan en situación de estrés y ansiedad.

Este síndrome no se debe aplicar para describir la vivencia en otras áreas de la vida. El estrés laboral tiene consecuencias nocivas para el individuo, en falta de salud o enfermedad como: enfermedades cardiorrespiratorias, gastritis, úlceras, jaquecas, vértigos, mareos, etc. Los síntomas más comunes son el estrés, el agotamiento, las alteraciones en el sueño, agotamiento emocional o mala concentración.

En general, la mayoría de las personas que lo padecen se sienten frustradas y no lo consideran como una enfermedad que afecta a su labor y desempeño laboral, incluso a veces no saben ni cómo explicar bien su malestar.

5 Discusión-Conclusión

La implicación laboral al que se ve sometido un celador le lleva (debido a su empatía psicológica y emocional con las personas enfermas) a una sobrecarga psicológica que le afectará en lo sucesivo a su vida cotidiana.

Es necesario un bajo y aceptable nivel de estrés para que la motivación sea positiva y se pueda adaptar a las tareas con ilusión y proyectabilidad.

La recuperación no es rápida y suele llevar unas pautas de vida que alargan su recuperación, por eso se recomiendan ciertas pautas para aliviar el síndrome de Burnout, como son: técnicas de relajación, la práctica de ejercicio físico y llevar una alimentación adecuada y un estado de vida saludable.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- Pubmed
- www.safinyc.es
- www.scielo.com
- www.dialnet.unrioja.es

Capítulo 221

EL PAPEL DEL CELADOR EN LOS TRASLADOS CON ENFERMOS EN SILLA DE RUEDAS

ROSA MARIA CASTELLANO CUPIDO

1 Introducción

Dentro de la esfera sanitario el traslado de enfermos en silla de ruedas es un procedimiento muy frecuente. Esta atención y función es ejecutado por el celador, el cual debe hallarse cualificado para realizarlo con la mayor destreza posible, asegurando y garantizando la seguridad del enfermo. Se considera traslado cuando se lleva a un enfermo de un sitio a otro del centro sanitario. El traslado va a depender constantemente del motivo y del estado del enfermo. El traslado debe realizarse continuamente con seguridad y facilidad, asegurando en continuo momento que los dispositivos que pueda transportar el enfermo estén bien colocados. Para efectuar el traslado, las bolsas de sueros permanecerán elevadas, si el enfermo fuera cargador de ellas. Las bolsas recolectoras de orines y otros líquidos constantemente tendrán que mantenerse colgadas en sus soportes.

Antes de efectuar cualquier traslado de enfermos o enfermos, ya sea en su propia cama, camilla o silla de ruedas, el celador debe tener una serie de condicionantes en cuenta:

- Revelar al enfermo el camino que van a cumplir y cómo lo van a hacer.
- Elegir el medio de transporte más adecuado, atendiendo a las indicaciones del personal sanitario sobre la movilidad del enfermo.
- Si se les va a movilizar y trasladar es una cama eléctrica se deberá comprobar primeramente que no está enchufada a la red.

- Antes de que el celador movilice la camilla, cama o silla de ruedas deberá verificar que todo el aparataje como los sueros, bombas, sondas, bala de oxígeno, etc.; están en el lugar adecuado y funcionantes, asegurándose que no vayan a entorpecer el traslado o cree problemas en el paciente en cuando a desconexiones cuando entre en un ascensor, atraviere una puerta, etc.
- Procurar que el enfermo este cubierto y no pase frío en el trayecto.
- Evitar las zonas o áreas donde existan corrientes de aire o lugares donde el enfermo pueda sentirse incómodo.
- El enfermo debe estar en todo momento bien asegurado y sujeto para evitar caídas en el trascurso de su desplazamiento.
- Los movimientos en el traslado deben ser rápidos, pero sin brusquedad y coordinados.
- Una vez llegado al destino no hay que abandonar al enfermo hasta que no se hagan cargo de él el profesional correspondiente.

2 Objetivos

Establecer y determinar las pautas generales para realizar por el profesional de celadores un correcto y adecuado traslado en silla de ruedas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La mayoría de las personas que acuden a los centros hospitalarios o los que se encuentran ingresadas en ellos tienen mermadas sus capacidades, por lo que trasladarse por ellos mismos les resulta tremendamente difícil, precisando la asistencia del celador para realizarlo a través de sillas de ruedas, camillas o en la propia cama.

La silla de ruedas es un vehículo especial de asistencia técnica que consiste en una silla adaptada con al menos tres ruedas, siendo lo habitual que disponga de cuatro. Están diseñadas para beneficiar el traslado de personas que han perdido, de modo permanente, total o parcialmente, la posibilidad de deambulación.

Este tipo de traslado es el modo más sencillo de desplazar a un enfermo de un sitio a otro cuando no es capaz de andar o no es adecuado que lo haga. Anteriormente de emprender el traslado en un centro sanitario el celador debe tener en cuenta una serie de aspectos:

- Verificar la identidad del enfermo.
 - Verificar el destino del enfermo. El celador debe aclarar al enfermo y a sus familiares el camino que va a efectuar y cómo lo va a hacer.
 - El celador deberá transportar la documentación necesaria para la prueba o consulta.
 - El celador debe acompañar al enfermo en todo instante. El enfermo no puede quedarse desamparado salvo que otro profesional se ocupe de él.
 - El celador llevará al enfermo de vuelta a su estancia cuando finalice la prueba o la consulta.
 - El celador debe notificar al personal sanitario responsable el retorno del enfermo a la habitación.
 - El celador deberá adecuar al enfermo en su habitación.
 - El celador debe dejar el expediente en el sitio que le indique el personal sanitario.
- Si el celador tiene que efectuar un traspaso de la cama a la silla de ruedas a la hora de la transferencia del enfermo ha de tener en consideración los siguientes aspectos:

- Ubicar la silla de ruedas en el lateral correspondiente de la cama con los reposapiés siempre retirados.

El respaldo de la silla se colocará hacia los pies de la cama y paralela a la misma.

- Si la cama está demasiado alta y existe fortuna de poder bajarla, se bajará a nivel de la silla de ruedas para no forzar la espalda.
- Lo principal y más imprescindible es frenar la silla de ruedas anteriormente de iniciar la transferencia.

- Una vez acomodado el enfermo, la transferencia se perpetrará empujando la silla por la parte de atrás, excepto cuando se entra o se sale de un ascensor.

Las excepciones del sentido de la marcha serán:

- Para meterse en un ascensor, el celador entrará primero tirando de la silla de espaldas al ascensor.
- Para salir del ascensor, se girará la silla dentro del ascensor siempre y cuando sea viable para que el celador salga primero y tire de la silla desde fuera.

- Para ascender una pendiente el celador empujará la silla desde atrás, de manera que el enfermo irá de cara a la marcha.
- Sin embargo, para descender una pendiente, el celador caminará de espaldas a la bajada, mirando de vez en cuando hacia atrás para eludir caídas y obstáculos.
- Al atravesar puertas abatibles u hojas elásticas, el celador volverá la silla y pasará él antes que el enfermo, caminando hacia atrás.

5 Discusión-Conclusión

El celador es el encargado del traslado de los enfermos de un módulo a otro dentro del centro de salud o del hospital.

Durante el traslado, los celadores encargados de transportar al enfermo a la unidad requerida y además se ocuparán de llevar consigo los objetos personales del enfermo, así como su historia clínica y las analíticas o solicitudes de pruebas en el caso de que sea necesario.

Hay casos en los que el traslado se hará acompañados de algún licenciado de enfermería o profesional médico.

El celador se asegurará de que el área de destino estará preparada y dispuesta para recoger al enfermo y conjuntamente, si en el traslado se utiliza algún dispositivo como puede ser la silla de ruedas, será consecuente de que sea devuelta a su origen.

Los traslados deben realizarse sin desperdiciar tiempo, de tal modo que su transcurso sea lo más corto posible, pero continuamente teniendo en cuenta que no se debe correr, pero sí que habrá que ir lo más rápido permisible haciendo sufrir lo menos posible al enfermo.

Siempre que durante el traslado el celador haga alguna parada, mantendrá el freno de la silla de ruedas, camilla ó elemento que esté utilizando.

6 Bibliografía

1. Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.
2. Núñez, D. M. (2009). Manual Básico del Celador. Lulu. com
3. Nivicela, T., & Uvita, R. (2011). Técnica de Traslado del enfermo desde la cama a la silla de ruedas (Bachelor's thesis).

Capítulo 222

DEL ALCOHOL AL ALCOHOLISMO

LILIÁN MARTÍNEZ SUÁREZ

1 Introducción

El alcohol es una sustancia depresora del SNC (Sistema Nervioso Central cuyo consumo está aceptado e incluso potenciado por nuestra sociedad y nuestra cultura.

El negocio del alcohol es una destacada fuente de ingresos en nuestro país.

La tolerancia social hacia los excesos en su consumo hace que sean minimizados los problemas relacionados con él.

El alcohol es tanto o mas peligroso que otras sustancias que actúan sobre el SNC y está relacionado con gran cantidad de accidentes, suicidios y otras acciones violentas contra el individuo, la sociedad o la familia.

Podemos establecer una clasificación de las bebidas alcohólicas diferenciando entre:

- Bebidas fermentadas, como la sidra, el vino o la cerveza, elaboradas a través de procesos naturales de fermentación de los azúcares de las frutas o del grano.
 - Bebidas destiladas, como el whisky, la ginebra o el brandy. La destilación es un proceso artificial en el que se elimina el agua de las bebidas fermentadas y se obtiene una bebida con mayor concentración de alcohol.
- Las bebidas fermentadas tienen menor concentración de alcohol que las destiladas. Las bebidas se clasifican según la graduación de alcohol, siendo el grado de alcohol el porcentaje de éste, en estado puro, que hay en un litro de esa bebida.
- La cerveza tiene entre 3 y 7 grados de alcohol.
 - La sidra entre 3 y 6°.
 - El vino entre 7 y 24°.
 - Los licores entre 30 y 50°.

- El brandy 40°.
- El whisky 43°.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta publicación es poner en manifiesto los efectos del alcohol, los problemas del alcoholismo y los indicadores para sospechar que una persona tiene problemas con el alcohol.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo ha sido posible gracias a la revisión sistémica de plataformas como PubMed y Scielo. También se han visualizado diferentes ponencias de la Fundación Instituto Spiral y campañas de Cruz Roja para fomentar el ocio libre de alcohol.

4 Resultados

El alcohol enlentece la actividad del SNC, disminuye los reflejos e inhibe el control del comportamiento.

A bajas dosis, tiene un efecto euforizante, enlentecedor de la actividad nerviosa y desinhibidor de la conducta.

A dosis mayores comienzan los problemas de coordinación del habla y la marcha. Aparecen signos de depresión cerebral.

Si se continúa bebiendo, aparecen vómitos y puede haber pérdida de conciencia e, incluso, llegar a un estado de coma.

Cuando el alcohol ingresa en el organismo pasa rápidamente a la sangre y se difunde al resto del cuerpo.

La alcoholemia es la cantidad de alcohol que hay en la sangre después de beber alcohol.

Normalmente el 10% del alcohol ingerido es eliminado a través de la orina y la espiración, y el 90% es transformado y eliminado por el hígado. Por tanto, el consumo de alcohol tiene unos efectos muy perjudiciales sobre este órgano.

El hígado, al verse sometido a un trabajo intensivo sufre a la larga una degeneración de sus células, apareciendo una grave enfermedad llamada "cirrosis hepática".

Otros efectos del alcohol son: accidentes, tanto laborales como de tráfico; enfermedades digestivas y cardiovasculares; trastornos mentales irreversibles; marginación social; agresividad; absentismo laboral; malos tratos en la familia o en la pareja;etc.

El alcoholismo es una adicción, una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por una fuerte dependencia del alcohol, que suele tener efectos destructivos en la vida de las personas que la padecen, afectando a su estado físico y psíquico, así como a sus relaciones laborales, familiares y sociales.

Los alcohólicos no pueden prescindir del consumo de alcohol. Sienten la necesidad de beber y no se creen capaces de evitar las consecuencias que provoca esta conducta sobre ellos y quienes les rodean, porque pierden el control de sus actos y no son conscientes del problema que padecen.

Un alcohólico puede pasar desapercibido durante mucho tiempo en nuestra sociedad debido a la enorme tolerancia que hay hacia el consumo de esta sustancia. Por otro lado, hay ciertos indicios que nos hacen sospechar que una persona tiene problemas con el alcohol. Los más importantes son:

- Beber a escondidas.
- Tener bebidas escondidas para los casos en que no quede bebida en lugares usuales.
- Haber sufrido o causado accidentes de tráfico o laborales.
- Tener problemas familiares bajo los efectos del alcohol.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de abstinencia del alcohol aparece cuando la ingesta de alcohol se suprime bruscamente en una persona que ha desarrollado tolerancia y dependencia a esta sustancia. Los síntomas de este síndrome son:

- En las formas leves, aparece ansiedad, irritabilidad, insomnio, temblor en las manos, fallos de la memoria y trastornos digestivos.
- En las formas graves, da lugar a un cuadro que requiere asistencia médica urgente llamado "Delirium Tremens" en el que aparece confusión, desorientación, temblores y graves alucinaciones.

Forma parte del problema del consumo los estereotipos y beneficios que tradicionalmente se le han atribuido al alcohol

- Supuesta mejoría de la circulación de la sangre.
- Estimulación del apetito.
- Tónico contra la fatiga.

- Terapia para los catarrros.
- Aumento del tono vital.
- Sensación de alegría.
- Facilidad para tomar decisiones.
- Mejor establecimiento de relaciones sociales.
- Mejora de las relaciones sexuales.
- Al ser legal no es peligrosa.

- ...

En realidad, lo cierto es que el consumo de alcohol disminuye el autocontrol y el estado emotivo acaba tornándose en agresivo o depresivo.

También produce impotencia o dificultad en la erección, disminución del apetito sexual y los problemas seguirán ahí cuando los efectos del alcohol se pasen.

6 Bibliografía

<https://fispiral.com.es/>

<https://medlineplus.gov/spanish/alcoholusedisorderaud.html>

<https://proyctohombre.es/alcohol/>

Capítulo 223

LA ROPA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO

ANA DEL VALLE TOYOS

1 Introducción

En un hospital es bien sabido las graves consecuencias que tienen las infecciones cruzadas, la lucha contra estas y la manera de afrontar las medidas a tomar para que esto se evite en lo posible, ahí es donde entra y forma parte el servicio de lavandería y planchado dentro de la lavandería hospitalaria, que es considerado un servicio de apoyo directo al hospital e indirecto por formar parte de uno de los principales focos de infección, por el contacto prolongado de la ropa con los pacientes.

Pero a pesar de ello, no solo tenemos que ser constantes en evitar que la ropa no sea un foco de infección para el usuario, y que cumpla todas las medidas higiénicas para que esto ocurra lo menos posible, también debe ser cómoda, conservando sus propiedades naturales, frescor, capacidad de absorción, suavidad. Por ello, todo este cómputo total de requisitos deben ser imprescindibles, para así de este modo conseguir que la ropa sea higiénicamente limpia y cómoda, siempre estando dentro de los baremos de calidad exigible.

La ropa hospitalaria la hay de diferentes tipos y características, deberemos de tener en cuenta los factores para la durabilidad de esta y los que pueden influir en los procesos por los que pasaran tanto la ropa sucia, como la limpia.

2 Objetivos

Conocer los tipos de ropa hospitalaria que tenemos a nuestra disposición y las características de ellas.

Describir los factores que pueden influir en la ropa sucia y la limpia, antes de llegar al usuario.

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: Scopus, Dialnet y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas con descriptores y palabras claves en la materia como por ejemplo “ropa hospitalaria”, “ropa limpia” o “manipulación”.

4 Resultados

La ropa hospitalaria debe ser higiénicamente limpia y cómoda. Los sistemas de lavado de la ropa hospitalaria deben asegurar una correcta desinfección, de ese modo aseguramos una ropa libre de infección para el usuario, para ello es necesario tomar todas las precauciones necesarias para impedir que esto vuelva a suceder y la ropa que se ponga en contacto con el paciente este en las condiciones óptimas para su uso. Es determinante que la ropa pase por un proceso el cual nos proporcione un sistema de higiene total, es decir, lavado más desinfección.

La comodidad que una prenda ofrece al usuario, tanto puede ser un paciente como un trabajador, se obtiene de conservar la prenda, con las similitudes más cercanas a cuando están nuevos, con esto queremos decir, que en la prenda no se encuentren, incrustaciones roturas, restos de suciedad, detergentes o blanquetes etc. para evitar que esto ocurra utilizaremos productos que alteren lo mínimo la ropa, durante el proceso de lavado, aclarado.

Tipos y características de la ropa hospitalaria:

Ropa de línea hospitalaria o ropa plana, dentro de ella podemos distinguir las siguientes prendas, sabanas, sabanilla o entremetida, fundas de almohada, mantas, colchas, toallas, manteles, paños de cocina... se recomienda que esas prendas sean de algodón.

Ropa de forma hospitalaria, en ella encontramos camisones, pijamas de niño y adulto, batas, uniformidades del personal, etc. La composición de estas prendas suele ser mezcla de poliéster/algodón, 67/33% respectivamente.

Factores a tener en cuenta para mejorar la durabilidad de las prendas, la calidad de los textiles puestos en circulación, con esto nos referimos a que cuando se compran prendas nuevas, estas se encuentren en perfecto estado, si es necesario se pueden pedir análisis a laboratorios oficiales, también nos puede ayudar marcar las prendas nuevas de alguna manera para ver la duración de estas, así como tener alguna prenda de reserva por si las que usamos habitualmente sufriese alguna anomalía. Uso dado a la ropa, esta solo se usará para los fines que va destinada, evitaremos el mal uso de esta, como por ejemplo, usar las sabanas para transportar la ropa sucia, usar otras prendas, para limpiar zapatos, u otro tipo de objetos, secar con las toallas las encimeras de los lavabos, exterior del wc, etc. todo esto puede llevar aun deterioro de las prendas ya sea roturas, manchas u otro tipo de defectos que se pueden producir, si no les damos el uso que les corresponde.

Por último tenemos los sistemas de higiene textil, en ello tendremos en cuenta la calidad de las aguas que entran en las lavadoras para determinar su contenido en dureza, cal y los metales.

Estos pueden producir una serie de daños a las prendas que no nos convienen, para ellos podemos tomar las siguientes determinaciones, según sea la dureza del agua, saber que tipo de producto debemos aplicar, en este caso serán con mayor o menor contenido en secuestrantes, evitar usar lejía en aguas ferruginosas, analizar los contenidos en cloruros y sales alcalinas, conocer las características de la maquinaria, los procesos en los tratamientos de la ropa y los blanqueantes químicos que vamos a utilizar.

Después de haber analizado todos y cada uno de los puntos anteriores por personal cualificado, podemos decir que estaremos en condiciones de conocer los procesos de lavado más adecuados para cada equipo de trabajo, estos procesos deben estar sujetos a unos controles periódicos.

La ropa limpia es, la que está correctamente lavada, libre de impurezas, protegida, almacenada y en contacto con ningún medio contaminado. Los factores que debemos tener en cuenta con respecto a la ropa limpia son los siguientes, manipulación, transporte y almacenamiento, para de este modo evitar que esta vuelva a ser infectada.

La ropa sucia, es aquella que viene de estar en contacto con una importante carga

de infección, dentro del hospital, por lo cual es una fuente importante de contaminación. Para que las prendas salgan sin ningún tipo de anomalía que pueda afectar a los usuarios es necesario tener en cuenta los siguientes factores, manipulación, recogida, almacenamiento y transporte de estas, de ese modo con esta serie de medidas que vamos a tomar en cada uno de los procesos que conlleven evitaremos que esto ocurra.

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista del usuario, la importancia del servicio que da la ropa hospitalaria, es en el mismo modo la calidad asistencial que recibe de esta, es tan importante como las relaciones entre personal sanitario y usuario, es decir, ocupa un lugar muy importante dentro de lo que conlleva el conjunto de opinión sobre el hospital. El propósito de la lavandería es procesar la ropa sucia y contaminada, convirtiéndola, en limpia que ayude a la comodidad y cuidado del usuario y esta no sea vehículo de infección, para ellos. Por ello, cada una de los factores que hemos tratado en apartados anteriores son fundamentales para que esto se produzca.

6 Bibliografía

1. https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/Organizacion_ropa_lavand.htm
2. Varios autores, temario lavadero/a, Sespa, editorial CEP S.L. edición especial colectivos 2020.
3. Varios autores, temario planchador/a y Lavadero/a, Ope Sespa, Furando blog de CSI, 2020.

Capítulo 224

EL CELADOR Y LOS COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN (EMISOR, MENSAJE Y RECEPTOR)

VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN

MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN

MARIA GENOVEVA GALLEG0 TREJOS

ROSA MARIA PLAZA GOMEZ

ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES

1 Introducción

Consiste en todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes.

Comunicación verbal.

Utiliza signos en el mensaje. Puede ser:

1. Oral. A través de palabras habladas de modo gestual.
2. Escrita, por papel o por mensajes.

Aristóteles, en su obra “La Retórica”, examina el proceso y los componentes que configuran la comunicación, considerando tres componentes: el orador, el discurso y el auditorio, indicando que estos son los componentes fundamentales y que traducidos al lenguaje coloquial se podría identificar como:

1. La persona que habla (emisor).

2. El discurso que pronuncia (mensaje).

3. La persona que escucha (receptor).

Modelos y análisis posteriores de la teoría de la comunicación van a desarrollar y ampliar este modelo, así Shannon-Weaver van a desarrollar los componentes anteriores en: fuente, transmisor, señal, receptor y destino.

Aunque inicialmente este modelo de comunicación va a aplicarse a la comunicación electrónica, en trabajos llevados a cabo por otros autores se esgrime el mismo tipo de estructura aplicándolo a la comunicación humana.

Básicamente, la comunicación es la transmisión de una información compartiendo un mismo significado dos personas, o dos grupos de personas. Es importante distinguir, inicialmente dos conceptos:

1. Significante. Es la palabra o término con que se designa un objeto físico o un concepto.

2. Significado. Idea u opinión que se tiene de una cosa.

Normalmente cuando el significante evoca un objeto físico y conocido no suele haber problema en la comunicación, pero cuando se hace referencia a conceptos abstractos, la evocación que esos términos sugieren al sujeto, pueden variar notablemente.

Así, si se piensa en la palabra “mesa”, las personas pensarán y le asignarán el contenido más cercano a su realidad. El ama de casa pensará en la del salón o la cocina, el niño en el pupitre, el cirujano en el quirófano, el oficinista en el despacho y el empleado de un salón de juegos recreativos en la de billar.

Al término “mesa” (significante) le corresponden todas las realidades antes indicadas (significados), pero normalmente cuando se habla de la mesa no se suelen dar los diferentes tipos de contenido, sino que se le asigna uno concreto.

Para que exista una comunicación verídica y entendible entre dos personas es necesario que el significado que se asigna a los signos, sea el mismo para los interlocutores.

Para comprender la comunicación es preciso tener en cuenta todas las fases por la que pasa, los componentes que la constituyen y las relaciones entre ellos.

Para que la comunicación sea efectiva, no basta transmitir un mensaje: es necesario que éste sea recibido y que tenga para el receptor el mismo significado que para el emisor. En caso contrario no existe comunicación.

2 Objetivos

- Describir en este artículo la comunicación verbal y los componentes que deben estar e interferir para que esta comunicación sea correcta y eficaz.

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

Componentes de la comunicación.

- Emisor.

El emisor o persona que desea transmitir un mensaje a otro, se le califica a veces como emisor del código. Este término incluye el concepto de que la persona que emite el mensaje debe:

- Tener una idea de la razón para la comunicación. (informar, persuadir, expresarse) Pero también tiene un contexto interpersonal que va a definir y completar el contenido del mensaje (posición social, papel que desempeña, características de la personalidad).
- Codificar. El emisor elige unos signos o símbolos específicos (códigos) para comunicar el mensaje, como son las palabras, las uniones específicas de las mismas, el tono de voz y los gestos.

En el caso de una comunicación oral, fuente y emisor coinciden en el mismo sujeto, siendo el emisor la laringe que emite sonidos traducidos a un lenguaje, el castellano en nuestro caso, comprensible para el sujeto al que va dirigido el mensaje.

- Mensaje.

Es el conjunto de símbolos en los que el emisor codifica los significados que quiere transmitir. Los signos o símbolos para comunicar el mensaje forman el código. Hay varios tipos de mensajes:

- Mensaje pensado por el emisor y que sólo él conoce.
- Mensaje transmitido. Es perceptible por el emisor, receptor y terceras personas.
- Mensaje recibido. Es el que comprende y decodifica el receptor y que sólo él conoce, ya que está en su mente.

En la práctica, cuanto más se identifiquen los tres modos de mensaje, mayor será la fidelidad de la comunicación.

Entre el mensaje pensado por el emisor y el recibido por el receptor, se produce un desfase debido a que el mensaje comprende más cosas que las simples palabras, junto a la información verbal se transmite información emocional y del entorno, por lo que los mensajes pueden ser a su vez:

- Primarios. Contienen la información intencionada.
- Secundarios. Proporcionan una información complementaria y adicional relativa al aspecto emocional del emisor y del entorno
- Canal.

El mensaje, una vez codificado, se transmite a través de un medio, el canal, que es el soporte físico de la información. Puede ser la voz en la comunicación presencial, el teléfono o el telégrafo.

Los entendidos y estudiosos de la comunicación han determinado tres denominados canales en la comunicación: el canal verbal (la palabra), la comunicación escrita (registros, cartas) y canal no verbal (lenguaje del cuerpo).

- Receptor.

Es el sujeto final al que va a ir dirigido el mensaje y del que se esperará una respuesta. El receptor debe percibir lo que el emisor envía (sensación), y luego al análisis de toda esa información (interpretación); la percepción nos va a indicar el uso de todos los sentidos para conocer los mensajes verbales y no verbales. También debe descifrar el código, es decir, que se tendrá que relacionar los datos recibidos con sus conocimientos y experiencias y buscar el significado de los mismos.

- Respuesta.

Es la información que el emisor recibe del receptor, sobre la recepción del mensaje. Se le califica de retroalimentación o feed-back, y que va a llevar implicado:

- Interpretar las reacciones, tanto visibles (gestos) como audibles (respuestas) del receptor sobre la forma en que se está recibiendo el mensaje.
- Reajustar las fases de la comunicación, de acuerdo a las posteriores reacciones del receptor. Permite al emisor corregir o readaptar el mensaje.

Es uno de los componentes más importantes de la comunicación y uno de los que con más prevalencia se ignora en este proceso. La mayoría de las personas creen que una vez emitido el mensaje y recibido por el receptor, la comunicación ha finalizado, sin pararse a pensar que lo que el receptor ha recibido probablemente no sea lo que el emisor quiso comunicar.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede observar de la descripción de este artículo en el cual nos basamos en la comunicación , ya que en nuestra opinión esta, se puede y debe aplicar a cualquier situación y en especial al contexto sanitario y que consiste en todo proceso importantísimo y trascendental de interacción social por medio y a través de símbolos y sistemas de mensajes, en los cuales interviene los esenciales componentes como el emisor, el mensaje que s quiere transmitir y el receptor de los cuales todos tiene que estar en concordancia para que lo que vamos a transmitir llega tal cual lo queremos, si en realidad se hace un correcto uso de todos ellos, la importancia que tiene en sanidad la comunicación es primordial a la hora del trato y asistencia de los pacientes

Y que de realizarse correctamente, esta comunicación ayudara a la hora de interrelacionarse y comunicarse las personas.

6 Bibliografía

1. Gómez Fedor Simón José . La Comunicación. Salus [Internet]. 2016 Dic [citado 2022 Jun 04] ; 20(3): 5-6. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382016000300002&lng=es.
2. Fajardo Uribe, Luz Amparo. (2009). A PROPÓSITO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL. Forma y Función , 22 (2), 121-142. Recuperado el 04 de junio de 2022, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-338X2009000200006&lng=en&tlng=es.
3. Hernández Rosado, Míriam, Lluesma Rojas, Mileny de la Caridad, & De Veras Olivera, Belkis. (2019). Hacia una comunicación eficaz. Revista Cubana de Educación Superior, 38(2), e6. Epub 01 de agosto de 2019. Recuperado en 04 de junio de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142019000200006&lng=es&tlng=es.

Capítulo 225

EXPOSICIÓN DE REDUCCIÓN-CONTENCIÓN EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO ALTERADO: EL PAPEL DEL CELADOR

ROSA MARIA PLAZA GOMEZ

MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN

MARIA GENOVEVA GALLEG0 TREJOS

VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN

ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES

1 Introducción

Hoy en día, en lo referente de Salud Mental, su atención da comienzo y se trata desde la Atención Primaria principalmente y también de la Atención Especializada. Para ello se crean distintos y diversos medios de asistencia sanitaria en Salud Mental. Como lo son los centros rehabilitadores, que tendrán como objetivo principal la rehabilitación del enfermo para su posterior autonomía y reintegración a la sociedad nuevamente. Cabe destacar que están los centros de día, centros media y larga estancia, talleres y pisos tutelados.

Por otro lado, se encuentran las zonas o áreas de hospitalización, así como los hospitales de día, estas serían servicios o unidades especializadas de hospitalización con su ubicación en Hospitales Generales y están activos las 24 horas del

día y donde se encuentran enfermos que necesitan de atención por las diversas causas de su patología mental, las causas con las que nos podemos encontrar primeramente es que el trastorno que padece suponga un riesgo para sí mismo y para su entorno, los tratamientos y recomendaciones que se le realizaron anteriormente en otras instituciones no le fueron nada efectivos, su entorno y su familia no pueden prestarle las necesidades que precisa y derivadas de su patologías por requerir de ayuda profesional, o para su evaluación del estado con fines diagnósticos, desintoxicación, patologías física y psíquica.

La zona de hospitalización psiquiátrica está dotada por un equipo multidisciplinar de personas que incluye personal no sanitario, como celadores, y todos ellos actúan de manera coordinada y en conjunto sobre todo a la hora de tener que actuar en cuanto a los enfermos que requieren de contención.

2 Objetivos

- Aprender y exponer normas de actuación como celador de psiquiatría frente a enfermos agitados y agresivos.
- Exponer la importancia de colaborar con el equipo multidisciplinar presente en la zona de psiquiatría conociendo las medidas a adoptar frente a determinados casos, en el deber y desarrollo de las funciones del celador

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha 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

Hay que tener en consideración que el plan de actuación para con el enfermo psiquiátrico agitado debe ser llevado a cabo siempre en equipo y además teniendo en cuenta los informes médicos referentes a cada caso en concreto, dependiendo de su estado.

A veces puede ocurrir que el paciente esté en un estado de alteración y agitación tan grande y desmesurada, que para contenerlo se tenga que esgrimir la reducción de este.

Existen 3 maneras de reducción del paciente:

1. Reducción verbal. Se intenta proceder primeramente a tranquilizar al enfermo mediante refuerzos positivos, cuidándonos de no mantener una postura que el enfermo lo perciba como amenaza.

2. Reducción farmacológica. Se emplearán y administrarán medicamentos farmacológicos para el intento de suavizar al paciente y lograr así someter su voluntad. El celador colaborará al personal de enfermería cuando los enfermos no estén dispuestos a colaborar en el suministro de los mismos. Seguiremos en todo momento las directrices que se nos den y cuidaremos de nuestra integridad física y la del equipo sanitario.

3. Reducción física. Siempre y sin ninguna duda, será el facultativo quien decida tomar esta medida, menos en casos de verdadera urgencia, que se adoptarán las actuaciones que se crean convenientes y correctas, se informará lo más pronto posible que se pueda al personal médico. La contención o reducción física se destinará para evitar aquellas situaciones en las que el enfermo se manifiesta agresivo y puede dañarse a sí mismo o a las demás personas.

- Para ello será requerible un equipo entre 4 o 5 personas, entre las que se incluye al celador, que debe colaborar en la sujeción del paciente.

- Debemos tener en consideración en cuanto al enfermo de respetar su privacidad, se realizará sin público, lo más discretamente posible y siempre respetando su integridad física y sus derechos.

- No debemos olvidar que algunos enfermos que se encuentran en este estado, no son conscientes de sus actos, siempre estar pendientes de no tener objetos que puedan ser utilizados para causar daño físico a el mismo o al personal que le atiende.

Para la reducción física se maneja aparataje de sujeción para la inmovilización del enfermo, como, correas homologadas y con las cuales deberíamos estar familiarizados. Dichas sujeciones están formadas por un cinturón abdominal, arnés de hombros y tórax, tiras para cambios posturales, tobilleras y muñequeras, llaves magnéticas y botones.

El celador siempre ejecutará tareas de ayuda al equipo sanitario, nunca actuará, ni tomará decisiones por su cuenta.

Debemos hacer mención al respecto de aquellos enfermos ingresados en la Unidad de Psiquiatría en situación de riesgo de autolisis o suicidio, el personal celador se encargará de su vigilancia y observación, y en el caso de que mostraran

y nosotros notáramos algún cambio en su actitud, o que tuvieran algún objeto que puedan utilizar para dañarse a sí mismos deberíamos informar a la mayor brevedad posible.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la observación, conclusión y a la opinión que llegamos de la descripción de las contenciones y reducciones, en las cuales participara todo el equipo de las unidades de psiquiatría el cual deberá demostrar y por supuesto transmitir en todo momento tranquilidad incluyendo al celador como parte importante ya que será el encargado de ayudar y prestar auxilio en situaciones de urgencia , como podrían ser los enfermos que por su patología psiquiátrica mentalmente desestabilizada se puedan poner agresivos y que esto derive en producirse daño a ellos mismos o al personal que le asiste, se encargara además de la vigilancia en cuanto a enfermos con tentativas anteriores de autolisis y riesgo de suicidio.

6 Bibliografía

1. Mingote Adán José Carlos, Pino Cuadrado Pablo del, Huidobro Álvaro, Gutiérrez García Dolores, Miguel Peciña Isabel de, Gálvez Herrer Macarena. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Med. segur. trab. [Internet]. 2007 Sep [citado 2022 Jun 05] ; 53(208): 29-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300005&lng=es.
2. <https://www.astursalud.es/documents/31867/234596/ContencionEnfermos.pdf/aff3e9b1-a517-f17f-f0aa-dbde01e6ddb1>
3. Ulloa Reyes Luis. Enfermedad mental y violencia: Propuestas de Intervención en Enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007 Dic [citado 2022 Jun 05] ; 23(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400002&lng=es.
4. https://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCI%C3%83Nbadajoz.pdf

Capítulo 226

EL PAPEL Y CONOCIMIENTOS DEL CELADOR AL RESPECTO DEL ASEO DEL ENFERMO

RAQUEL GÓMEZ PELIGROS

1 Introducción

La higiene forma parte de la rutina diaria de toda persona, ya sea en su domicilio particular u hospitalizado.

Podemos definir como higiene la suma de todos los procesos que permiten una piel más sana y fuerte para luchar contra las posibles enfermedades.

Se pueden distinguir dos tipos de higiene, por un lado está la higiene individual, que se le denomina al conjunto de procesos y hábitos encaminados a conservar la salud del propio enfermo, conservando la piel y las mucosas en buen estado para facilitar las funciones propias de protección. Es una de las bases más importantes para la prevención de infecciones a nivel hospitalario.

Y por otro lado, la higiene social, encaminada a las normas aplicadas a nivel de la comunidad.

El sistema tegumentario es el órgano más extenso que tenemos, teniendo como función principal la de actuar como barrera protectora, aislando al organismo del medio que lo rodea, causante de diversas infecciones, de ahí la importancia de tenerlo en condiciones óptimas.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es la figura en la que recae la higiene de los enfermos hospitalizados como norma general, siendo apoyados y ayudados por los celadores y todo el proceso, siempre bajo la supervisión del equipo de enfermería.

2 Objetivos

- Identificar los objetivos de un buen aseo en el enfermo hospitalizado.
- Describir los procesos y pautas a seguir para conseguir un buen aseo en el enfermo hospitalizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión sistemática bibliográfica sobre la literatura científica existente.

La búsqueda se ha llevado a cabo consultando artículos relacionados con el tema en la base de datos Pubmed, Medline, Scielo y Dialnet, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Los diferentes manuales que se actualizan continuamente y la formación continuada han resultado de gran ayuda para la realización de la revisión.

4 Resultados

Dentro de las funciones del celador respecto al aseo descritas en el Estatuto de Personal No Sanitario están:

- Extraordinariamente, lavarán y asearán a los pacientes masculinos que se encuentren encamados o que no puedan ejecutar por sí mismos, atendiendo a las indicaciones del equipo de enfermería.
- Ayudarán, asimismo, a las Enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería al movimiento y traslado de los enfermos que se encuentren encamados o que requieran y demanden un trato especial, debido a sus dolencias, patologías para hacerles las camas.
- Cuando por circunstancias específicas que se ostenten en el enfermo, no pueda este ser movido sólo por las Enfermeras o los técnicos en cuidados de enfermería, se ayudará en la poner y retirar las cuñas para la recogida de las excretas de los citados enfermos.

El aseo del enfermo hospitalizado tiene una serie de objetivos:

- Fomentar los buenos hábitos de higiene.
- Conservar y/o mejorar la calidad de vida del enfermo.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Conservar la integridad de la piel, previniendo posibles lesiones.
- Reducir el desarrollo de posibles bacterias patógenas.

- Eliminar las células muertas y toda posible suciedad evitando el mal olor.

La piel tiene unas funciones importantes como es la protección, la regulación de temperatura corporal, la secreción, absorción y sensibilidad, por lo que es muy importante ejecutar una higiene correcta y bien ejecutada, evitando posibles daños en ella.

Para el aseo será necesario: jabón, esponja, palangana con agua a temperatura idónea, equipo de aseo bucal, peine, tijeras, colonia y loción hidratante.

Dentro de la ropa de baño encontramos: dos toallas grandes y una toalla pequeña.

Al enfermo se le proporcionará un camisón o pijama.

La ropa para la cama será la siguiente: sábana bajera, sábana encimera, sábana entremetida (si precisa), colcha y almohadón.

Para el lavado del enfermo encamado se debe seguir un orden:

1. Cara, cuello y orejas: primero los ojos (desde el borde nasal hasta el temporal). Luego el pabellón auricular y posteriormente el contorno de la boca y aletas de la nariz. Finalmente, cara y cuello.

2. Hombro, brazos y manos. En este punto se lavan las axilas.

3. Tórax y mamas

4. Abdomen

5. Extremidades inferiores

6. Espalda y nalgas (decúbito lateral)

7. Genitales externos (región perineal). Se colocará una cuña debajo del periné.

Dentro de las pautas a seguir en el aseo del enfermo hospitalizado, debemos tener en consideración:

- Los ojos se lavarán con suero estéril desde el borde nasal al temporal. El lavado de cabeza se ejecutará una vez a la semana.

- La higiene de los genitales se ejecutará siempre de genitales a región anal y nunca a la inversa, para evitar que arrastren gérmenes de la zona anal a la zona púbica, especialmente en mujeres.

- Cuando el enfermo ostenta fracturas y se halla encamado con aparatos de tracción por medio de poleas y pesas en los miembros inferiores, hay que ejecutar su higiene evitando y previniendo que se pierda la adecuada y correcta alineación de las fracturas. Para ello, una persona debe presionar los miembros inferiores con la misma fuerza que efectúan las pesas, mientras otro profesional este elevando al enfermo y ejecuta la higiene de los genitales, glúteos y de los miembros inferiores.

- Deben evitarse siempre corrientes de aire que puedan perjudicar en el enfermo.

- Los jabones deben ser siempre con pH neutro para evitar la irritación en la piel.

- El aseo del enfermo se ejecutará por la mañana, junto con el cambio de ropa de cama, y todas las veces que sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los puntos clave a tener en cuenta en un enfermo hospitalizado es la higiene. Esta debe cuidarse al más mínimo detalle, ya que de esta manera se pueden evitar muchas posibles complicaciones con posibilidad de surgir a lo largo de la hospitalización del enfermo.

Es de vital importancia que el celador conozca los tipos de aseo dependiendo de la patología del enfermo y la manera de ejecutarlos correctamente, poniendo especial atención en el cuidado de la piel, evitando posibles infecciones.

Otro de los beneficios de la higiene del enfermo, aparte de lo citado anteriormente, es el bienestar del enfermo, sintiéndose éste con un confort y comodidad adecuada.

6 Bibliografía

1. El celador en el servicio de salud del Principado de Asturias (2018). Temario general. La editorial del opositor. Mad: Sevilla.
2. Barceló MA, Miró M. Martín A. Higiene corporal de la persona encamada. *Metas de Enfermería* 2003; 53: 18-22.
3. Gould D, Chudlelgh JH, Moralejo D, Drey N. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 2.
4. Rader J, Barrick AL, Hoeffler B, Sloane PD, McKenzie D, Talerico KA, Glover JU. The bathing of older adults with dementia: easing the unnecessarily unpleasant aspects of assisted bathing. *Am J Nurs*. 2006; 106 (4): 40-49.
5. Sescam: Guía de Educación Para La Salud A Personas Mayores. Gerencia de Atención Primaria De Toledo Dirección de Enfermería 2005.
6. Swan, J. Enabling residents to enjoy showering. *Nurs Residential Care*. 2005; 7 (11): 516-8.

Capítulo 227

EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA PREVENCIÓN DE MICROORGANISMOS PATÓGENOS

ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES

MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN

MARIA GENOVEVA GALLEG0 TREJOS

VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN

ROSA MARIA PLAZA GOMEZ

1 Introducción

La aparición de microorganismos multirresistentes en los pacientes que están hospitalizados tiene especial importancia por su potencial transmisión a otros pacientes y la dificultad de su tratamiento. La definición de organismos multirresistentes requiere la confirmación por el Servicio de Microbiología. Puede producirse infección (paciente con cultivo positivo y diagnóstico clínico de infección) o colonización (paciente con cultivo positivo sin diagnóstico clínico de infección). Destacan:

- SARM (staphilococo aureus resistente a meticilina).

Bacteria resistente a muchos antibióticos. Su principal reservorio es el paciente infectado o colonizado (frotis nasales, orofaríngeo y perineal), siendo el mecanismo principal de transmisión las manos de los profesionales sanitarios.

- *Acinetobacter baumannii*.

Su reservorio principal es el paciente, siendo el tracto digestivo el depósito más importante de colonización, encontrándose también en pliegues cutáneos, orofaringe y zona perianal. Es un bacilo Gram – contaminando recurrentemente el mobiliario hospitalario (fregaderos, suelos, camas, mesas, colchones, almohadas, teléfonos, manivelas de las puertas, carpetas de historias, palos de suero, monitores, etc.), que se convierte en reservorio intermedio, ayudando a la transmisión mediante las manos de los profesionales. La vía aérea no es un mecanismo de transmisión. La colonización anterior es un condicionante de riesgo de infección, aunque para ocasionar infecciones requiere procedimientos invasores, que le faciliten el paso de la barrera cutáneo-mucosa.

2 Objetivos

Describir las pautas y procedimientos estándar y básicos a seguir para eludir la transmisión de infecciones nosocomiales y ver las precauciones y limpieza de las habitaciones de los pacientes infectados.

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 efectuado 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

Para eludir y prevenir la transmisión de infecciones nosocomiales es fundamental el seguimiento de las precauciones estándar con todos los pacientes y en todas las situaciones y el seguimiento de las precauciones adicionales en las enfermedades de transmisión aérea, por gotas o debido a contacto en las situaciones particulares de cada caso. Para todos los pacientes colonizados o infectados por bacterias multirresistentes deben establecerse, al menos, precauciones de contacto.

- El lavado de manos se efectuará con jabón antiséptico. Una vez lavadas las manos se eludirá el contacto con superficies y objetos presentes en la habitación.

- La habitación será, individual si es posible. Señalización de la habitación, que permanecerá cerrada, con las recomendaciones de aislamiento a la entrada de la habitación.
- Se restringe al mínimo el número de personas que entren en contacto con el paciente. Deberán pasar con bata y se lavarán las manos antes y después con jabón antiséptico.
- No se suspenderá el aislamiento hasta tener tres cultivos consecutivos negativos.
- El material contaminado se limpiará y se enviará a esterilización. Si no es posible remitir a esterilización se utilizarán desinfectantes de alto grado.
- El material clínico como termómetros, estetoscopios, esfigmomanómetros, etc. serán de uso individual y en exclusividad para estos pacientes, permaneciendo dentro de la habitación, desinfectándose al alta del paciente.
- El profesional sanitario utilizará bata y guantes (no estériles) si se toca material infectado o se va a efectuar alguna maniobra al paciente. La mascarilla sólo se utilizará por las personas que entren en contacto con pacientes con infecciones por gérmenes multirresistentes en vías respiratorias o en grandes superficies cutáneas.
- El aseo diario del paciente será con jabón antiséptico, con especial atención a la higiene de axilas, ingles y área perineal. El lavado del cabello se efectuará al menos una vez a la semana, con jabón de clorhexidina.
- El traslado de estos pacientes se debe limitar todo lo posible dentro del centro sanitario.
- En la unidad de origen se debe preparar al paciente. Baño y lavado del pelo con jabón antiséptico; se pondrá ropa limpia al paciente; lesiones cubiertas con apósitos impermeables; mascarilla quirúrgica durante el transporte en caso de infección respiratoria; cama limpia y con ropa limpia.
- En la unidad de destino. El profesional vestirá bata, guantes y mascarilla si procede, efectuando posteriormente el lavado de manos antiséptico. Tanto el profesional como el equipo serán los mínimos imprescindibles. Una vez remitido a la unidad de origen se efectuará la limpieza y desinfección.
- La limpieza de las habitaciones se efectuará por turno de las superficies y suelos con desinfectantes de superficie habituales, con especial atención a manillas de puertas, mesillas, sillas y resto de mobiliario. El material de limpieza será exclusivo de cada habitación manteniéndose separado del resto de material de limpieza.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver de la descripción de las pautas y protocolos estándar a seguir por el profesional sanitario y no sanitario se llega a la conclusión y en nuestra opinión de que una buena higiene de manos va a reducir el riesgo de poder contraer infecciones derivadas de la atención sanitaria. Esta acción sigue siendo la medida prioritaria para reducir la propagación y la incidencia de los microorganismos resistentes a los antimicrobianos. Al ofrecer cuidados con las manos limpias estas estarán seguras y se ofrece un servicio de calidad que protege la seguridad del paciente en todos los ámbitos, lo que contribuye a minimizar la morbilidad, el sufrimiento y alargar la estancia hospitalaria del paciente y familiares, disminuyendo el costo que genera en las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

1. <http://congreso enfermeria.es/libros/2016/sala2/5196.pdf>
2. <https://revistamedica.com/aislamiento-de-contacto-precauciones-patologia-infecciosa/#::text=alta%20este%20aspecto.-,CONCLUSI%C3%93N,como%20portador%20al%20paciente%20aislado.>
3. <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informacion-general/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa>

Capítulo 228

FUNCIONES DE EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN ENTORNOS SANITARIOS

JESSICA GONZÁLEZ VIGIL

1 Introducción

La protección de riesgos laborales se encarga de mejorar las condiciones de trabajo y proporcionar una mayor protección de los trabajadores ante los riesgos derivados de éste. Para ello, tanto las administraciones públicas como los empresarios, adoptarán las medidas necesarias para prevenir dichos riesgos y desarrollarán los planes de prevención necesarios.

Velar por la salud de los trabajadores es clave para el buen funcionamiento de la empresa y la calidad de sus servicios. Pues evitar que los trabajadores se accidenten evaluando y minimizando los riesgos que ocasiona el desarrollo de su trabajo, cuida y protege la salud del trabajador a la vez que evita el aumento de costes en recursos humanos, ocasionado por las bajas laborales y la consecuente contratación de otro trabajador.

Por este y otros motivos se puede entender la importancia que tiene la prevención de riesgos laborales en cualquier empresa o Administración Pública. Ya que no invertir en prevención repercute directamente al resto de departamentos.

En el presente capítulo se analizará la normativa aplicada por el Gobierno en materia de prevención de riesgos laborales y se desarrollaran las medidas llevadas

a cabo para la prevención de riesgos del personal de servicios administrativos integrado en el sistema sanitario español.

2 Objetivos

- Analizar la normativa que recoge las medidas mínimas de prevención implantadas por el Gobierno.
- Evaluar los factores de riesgo del personal administrativo sanitario.
- Desarrollar las medidas de prevención necesarias para resolver los riesgos evaluados.

3 Metodología

Para la realización de éste capítulo se ha querido mostrar la importancia de implantar medidas de protección de riesgos laborales en los centros de trabajo. Se ha llevado a cabo a través de una revisión bibliográfica. Se ha recabado información de textos, libros y artículos de bases de datos como Google, Google Academy, You Tube.

Palabras clave: riesgos laborales_ prevención_ medidas preventivas_ equipo de trabajo.

4 Resultados

Analizar la normativa que recoge las medidas mínimas de prevención implantadas por el Gobierno

La normativa implantada por el Gobierno con la colaboración y estudio de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, recoge las medidas de prevención mínimas a adoptar por las empresas. Estas medidas son entre otras:

- Evaluar los riesgos que genera el trabajo.
- Establecer unas condiciones mínimas de seguridad y salud en el trabajo.
- Crear guías de acción preventiva y métodos para evitar los riesgos evaluados.
- Implantar trámites administrativos para controlar, limitar o prohibir aquellas operaciones en las que se utilicen agentes de alto riesgo o peligrosos. También se deben establecer requisitos especiales para dichas operaciones, como formación específica o protocolos de actuación. (Por ejemplo: EPIS y protocolos utilizados durante el COVID-19).

- Diseñarán diferentes modalidades de organización, funcionamiento y control de los servicios de prevención, atendiendo a las características de las empresas.
- Tomarán medidas específicas para trabajos especialmente peligrosos.
- Apreciación de las enfermedades profesionales generadas por el desarrollo del trabajo.

Evaluar los factores de riesgo del personal administrativo en centros sanitarios. En primer lugar, se analizarán los riesgos específicos que se dan en los centros sanitarios debido a su actividad.

- Riesgo biológico; por su actividad sanitaria la exposición a microorganismos que puedan derivar en enfermedades es algo muy habitual. Pueden transmitirse por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, cutánea o mucosas.
- Riesgo Químico; exposición a productos químicos que puedan ocasionar efectos irritantes, alérgicos, tóxicos y cancerígenos.

En segundo lugar, y añadidos a los anteriores se analizarán los riesgos a los que se expone el personal administrativo por el desarrollo de su profesión.

- Riesgo de caídas (mismo o distinto nivel) o golpes; lo que dará lugar a fracturas, moratones, esguinces, traumatismos superficiales, etc.
- Riesgos posturales y movimientos inadecuados; por ejemplo, el uso de pantallas de visualización de datos por parte del personal administrativo genera una postura estática que afecta a la circulación y produce dolores musculoesqueléticos.
- Riesgo por manipulación de cargas; las cargas que puede manipular el personal administrativo está relacionada con cajas con documentos, archivadores, carpetas...por lo que no son de un gran peso, pero si no se manipulan de la manera correcta pueden provocar dolores de espalda o tirones musculares.
- Riesgo por fatiga visual; es lo más frecuente teniendo en cuenta la cantidad de horas que se están visualizando datos tanto a través de las pantallas como documentación física. También añadiendo la importancia de la iluminación tanto natural como artificial.
- Riesgos Acústicos; el ruido de los ordenadores, sirenas, altavoces, conversaciones telefónicas, etc... puede provocar desconcentración, estrés e incluso dolor de cabeza.
- Factores Térmicos; se ocasionan por el excesivo calor (muy frecuente en hospitales) o frío, muchas veces provocado por el aire acondicionado. También son frecuentes en las recepciones de los hospitales las corrientes de aire.
- Riesgo por la mala calidad del aire; se ocasiona cuando no se renueva el aire en el interior del edificio y puede derivar en el Síndrome del Edificio Enfermo, nombre que se da cuando la calidad del aire en su interior provoca un conjunto de síntomas a las personas que lo ocupan.

Medidas de prevención necesarias para resolver los riesgos evaluados.

A cada uno de los riesgos anteriormente evaluados se le aplicaran las medidas preventivas necesarias:

- Riesgo de caídas (mismo o distinto nivel) o golpes; el centro de trabajo debe aplicar un plan de orden y limpieza, el cual se encargue de canalizar el cableado de los ordenadores, mantener las zonas de paso despejadas, señalizar las zonas peligrosas, etc...

- Riesgos posturales y movimientos inadecuados; para mejorar la postura y los movimientos bruscos se deben adaptar;

La mesa de trabajo, que debe ser amplia pero no demasiado, para que se puedan alcanzar todas las herramientas de trabajo.

La silla; a de ser ajustable, giratoria, con apoyo lumbar, apoyabrazos, para que permita tener la espalda recta y relajada al igual que el cuello.

El reposapiés; permite que las piernas descansen apoyándose en él y proporciona una mejor circulación sanguínea en estas.

Posición de la pantalla; ubicada a una distancia de 40 cm de la persona, y a la altura de los ojos o un poco por debajo.

El teclado; hay que intentar mantener los brazos doblados por el codo, con un ángulo de 90 grados y poder apoyarlos encima de la mesa de trabajo, lo que requiere una distancia mínima de 10 cm desde el teclado al borde de la mesa.

El ratón; la muñeca debe estar recta y para conseguirlo se puede utilizar un reposamuñecas que proporciona un altura suficiente para que se mantenga elevada. Para reducir los dolores musculares se recomienda además de todo lo anterior hacer ejercicio físico, el cual fortaleza la musculatura y ayuda a liberar tensiones.

- Riesgo por manipulación de cargas; para evitar la mala manipulación de las cajas, archivadores o demás cargas, es necesario la formación de los trabajadores en manipulación de cargas ligeras.

- Riesgo por fatiga visual; para evitar la fatiga visual se debe ajustar el brillo y contraste de la pantalla de ordenador. Asimismo sería necesario mantener un nivel de iluminación de la oficina entre los 500 lux. También se tendrán en cuenta la posición de las fuentes de iluminación que deben posicionarse paralelas a la mesa de trabajo.

- Riesgos Acústicos; lo más eficaz es la división en áreas de trabajo, alejando las más ruidosas de las áreas en las que se necesite mayor concentración.

- Factores Térmicos; a través de persianas, aire acondicionado, calefacción, etc... se debe intentar mantener una temperatura en verano de entre 23-26°C y en invierno de entre 20-40°C, junto con una humedad de 45-65%.

- Mala calidad del aire; realizar el mantenimiento adecuado de los sistemas de

ventilación y climatización.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la prevención de riesgos laborales está establecida en todas las empresas y administraciones públicas debido a su gran importancia para la salud de los trabajadores. El objetivo principal es mejorar las condiciones en las que los trabajadores desempeñan sus tareas y proporcionarles las mejores acciones preventivas para minimizar el riesgo que se genere al desarrollar su trabajo.

La implantación de medidas de protección y prevención genera a los empleados una sensación de seguridad y respaldo ante las contingencias profesionales que se puedan contraer. Esto se refleja en una notable motivación y satisfacción a la hora de ejercer su labor. Lo que da lugar a una mayor productividad y rentabilidad para la empresa.

6 Bibliografía

- 1.- La importancia de la seguridad y salud en el trabajo. (2 de diciembre del 2021). Servicios de Prevención ASIPREX. <https://asiprex.com/la-importancia-de-la-seguridad-y-salud-en-el-trabajo/>
- 2.- Prevención de riesgos laborales en el sector administrativo. (21 de junio de 2019) Autónomos y empresas. <https://prevencionugtandalucia.es/prevencion-de-riesgos-laborales-administrativo/>
- 3.- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado núm.269, del 10 de noviembre de 1995. <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con>
- 4.- Prevención de Riesgo Laborales. Consejería de Salud y Familias. Servicio andaluz de salud. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/prevencion-riesgos-laborales>
- 5.- Prevención de riesgos laborales en hospitales y clínicas. (13 de mayo de 2019). CRL Prevención. <https://crlprevencion.es/prevencion-riesgos-laborales-hospitales/>
- 6.- Álvarez Guerrero L.(23 de diciembre de 2020) Prevención de riesgos laborales en Auxiliares Administrativos. Revista Ocronos.Vol.II. Nº8. <https://revistamedica.com/prevencion-riesgos-laborales-auxiliares-administrativos/>

Capítulo 229

ESTACIÓN CLINICA DE ATENCION PRIMARIA (ECAP), NUEVO PROGRAMA QUE AGILIZA EL TRABAJO ADMINISTRATIVO EN AMBITO SANITARIO

MARIA DEL CARMEN LOPEZ SUAREZ

MARIAM CORREA FERNANDEZ

LAURA FERNÁNDEZ MARQUÉS

MARIA BELEN FIDALGO MUÑIZ

SARA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

El sistema de información ECAP (estación clínica de atención primaria) es el nuevo programa de historia clínica que sustituye al OMI-AP, este último fue implementado en Principado de Asturias a principios de los años 90.

La sustitución de un programa por otro viene supeditado por las limitaciones tecnológicas y comunicaciones, quedando algo obsoleto con el paso de los años. El centro de salud de El Coto en Gijón del área V, fue el primero en implementarse esta nueva herramienta informática. Después paulatinamente fueron todos los centros de salud del Área V.

Durante el año 2021 se extendió al área II Cangas de Narcea y área III Avilés. En el año 2022 de manera progresiva pretende migrar el resto de las áreas sanitarias. La innovación tecnológica permite avanzar la calidad de la historia clínica electrónica, facilitando la interoperabilidad entre todos los centros de salud del Principado de Asturias.

La idea fundamental es unificar los datos clínicos en una sola base de datos de todas las historias clínicas de atención primaria en el Principado de Asturias, por ello es necesario migrar todos los datos. Para lo cual hay que sincronizar el SIPRES y el ECAP.

Este nuevo programa es más intuitivo en su manejo, tiene más ventajas que desventajas.

2 Objetivos

Proporcionar información acerca del ECAP para agilizar el trabajo administrativo en los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo, se ha realizado una búsqueda consistente en una revisión bibliográfica y se han consultado páginas web, formación y cursos, artículos de revistas, publicaciones académicas. Palabras clave son: ECAP, Estación clínica de atención primaria, ASTURSALUD, SESPA, Atención Primaria, OMI, historia clínica.

4 Resultados

El ECAP es un programa en bastante innovador, nos lleva a trabajar con rapidez, agilidad, puesto que es un programa bastante intuitivo, tanto para personal sanitario como para personal administrativo.

Hay varias novedades en general como:

- Mejora en la gestión de usuarios
- Sincronización de SIPRES Y ECAP (modificación datos en SIPRES)
- Historia resumida de salud
- Gestión de peticiones
- Recepción de informes
- Receta electrónica y visado electrónico (no papel)

- Gestión de peticiones de analítica
- Cita web (usuarios se citan por web)
- Cribado de Cáncer colorrectal (SICCRA)
- Gestión de IT (también por mensajería)
- HCDSNS
- Telemedicina
- Descargas datos de otros sistemas información
- Guía Farmacoterapéutica de SEMFyC
- Facturación
- Sistemas información poblacionales
- Certificados y firma electrónica
- Envios sms

Accesos a la aplicación para su gestión o uso:

- Desde la opción de “gestión de citas” del bloque de” citas” del menú “agenda” (este el menú más utilizado para el uso del trabajo administrativo).
- ECAP inicio: Gestión de consulta. Ahí veo mi agenda pendientes, busco paciente, listado pacientes y puedo entrar en prescripciones, IT, órdenes clínicas; ahí le puedo citar al usuario/paciente.
- Gestión de pacientes, asignar citas, consultar citas, forzar citas, cambiar citas, anular citas o borrarlas, citar múltiples citas a la vez.

Vamos a enumerar algunas características del programa, sobre todo para el trabajo del personal administrativo:

- Diseñar agendas específicas por profesional sanitario (medicina, enfermería)
- Diseñar agendas específicas para otros profesionales, departamentos, funciones del mismo centro salud (dentista, psicólogo, matronas, tarjeta sanitaria, agenda administrativa, extracciones, urgencias...)
- Agenda compartida de personal sanitario compartida por varios centros salud.
- Agilidad asignación citas, modificación, consulta y anulación.
- Visualización de los huecos libres por los profesionales de las agendas programadas.
- Tiempo de reserva de la visita, se pueden citar varios huecos a la vez.
- Otra novedad del ECAP es que tiene un sistema “reparto auto cobertura y desplazados” para los casos que el paciente no tenga a su médico o enfermero, lo que nos facilita ver que profesionales le podemos asignar esos pacientes de forma equitativa, y a su vez verlos también dichos profesionales.
- Otra de las grandes novedades es que por búsqueda DNI podemos ver con más

rapidez los datos del paciente, mientras búsqueda de número de historia te aparecen todos los números asociados y es más lenta su búsqueda.

- Si no aparece usuario y es de otro centro, lo buscamos por DNI y marcar todos los centros, como ya tenemos base de datos en Asturias, podemos ver a qué centro de salud pertenece ese usuario y citarlo sin falta de darle como nueva alta en nuestro centro salud, no hace falta ya SIPRES.
- Mayor interoperabilidad envíos IT

5 Discusión-Conclusión

Este programa facilita la labor del trabajo administrativo, una de sus ventajas es que en la misma pantalla lo haces todo prácticamente, sobre todo lo que tiene que ver con el usuario/paciente, aunque no conozcas el programa su manejo es fácil e intuitivo. Personalmente casi no me dio tiempo a trabajar con OMI puesto que trabaje pocos días, fui de las primeras personas en trabajar con el ECAP y desde un primer momento no tuve ningún problema, al contrario se entiende mejor los menús y todo en general.

La única desventaja que tiene que si le das al ratón donde no debes pierdes datos del usuario y tienes que volver a meterlos.

6 Bibliografía

1. https://www.aragon.es/documents/20127/674325/OMI_Gestiones_Administrativas.pdf/3507e6ef-1331-0d43-8a32-99e4557ab6bf
2. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/salud-inicia-la-proxima-semana-la-implantacion-de-la-historia-clinica-unica-para-atencion-primaria-en-asturias>
3. https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/conferencia_ecap_asturias.pdf
4. Curso formación impartida en marzo 2021 SESPA
5. <https://revistamedica.com/estacion-clinica-atencion-primaria-ecap/>

Capítulo 230

SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO EN EL CENTRO HOSPITALARIO

SONIA ABAD CORTES

1 Introducción

El síndrome del trabajador quemado o también denominado burnout es un trastorno muy frecuente en el ámbito hospitalario hace referencia a una inadecuada manera de afrontar el estrés laboral haciendo que el que lo padece entre en un estado de agotamiento físico y mental, que puede prolongarse en el tiempo llegando a alterar su personalidad, su autoestima y en los casos mas graves causarle la muerte.

Este síndrome se da principalmente cuando hay una exposición social, como sucede con el trato con los pacientes o también cuando el clima laboral dentro del hospital no es bueno entre los propios compañeros, por la existencia de relaciones conflictivas o tensiones.

Recuperarse del desgaste que ocasiona requiere mucho tiempo y un buen apoyo, una terapia psicológica puede ser util para reconocer los síntomas de estres, ademas la propia terapia sera buena para planificar posibles estrategias para mejorarla o evitarla.

Las medidas mas recomendables son tomarse tiempo para descansar, desconectar haciendo las actividades que mas les gusta, hacer ejercicio, y la principal buscar el apoyo de los familiares y amigos.

Desde el 1 de enero de 2022 la OMS ha reconocido el síndrome de burnout como un trastorno mental.

En el presente capítulo se explicaran las causas del síndrome del trabajador quemado, sus síntomas y su tratamiento.

2 Objetivos

- ☒ Exponer las causas del síndrome del trabajador quemado.
- ☒ Explicar como se manifiestan los principales síntomas de este y como prevenirlos.

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 las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

Las palabras claves utilizadas son “burnout” , “ desgaste profesional” y “ sobrecarga emocional”.

4 Resultados

El síndrome del trabajador quemado según la OMS es el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo.

Existen 2 tipos:

- ☒ Activo: el que lo padece lo expresa mediante sentimientos, pensamientos.
- ☒ Pasivo: lo expresa mediante factores psicosociales, generalmente muestra apatía.

Las causas que pueden provocarlo son:

- ☒ Jornadas de trabajo largas.
 - ☒ Falta de seguridad(faltan recursos, personal o materiales).
 - ☒ Sufrir presión.
 - ☒ Mal clima laboral.
 - ☒ Falta de expectativas laborales.
 - ☒ Monotonía en el trabajo.
 - ☒ Aislamiento tanto en la empresa como en la vida personal.
 - ☒ Sufrir acoso laboral o Mobbing (humillaciones, insultos o menosprecios).
- Si la persona que lo sufre es una persona insegura, conformista y dependiente tiene mas posibilidades de padecerlo.

Los síntomas en los que se manifiesta, son:

- ☒ Agotamiento físico, mental o emocional.
- ☒ Distanciamiento con los compañeros.
- ☒ Disminución de concentración y productividad.
- ☒ Estrés elevado.
- ☒ Se siente fracaso y frustración laboral.
- ☒ No se desconecta del trabajo, cuando esta fuera de el.
- ☒ Dolores musculares y cefaleas.
- ☒ Trastornos del sueño.
- ☒ Pérdidas de peso.
- ☒ Taquicardias.
- ☒ Fatiga visual.
- ☒ Mareos.
- ☒ Problemas de piel.

Para prevenirlo y afrontarlo es necesario hacerlos de forma individual, con técnicas de autocontrol emocional(técnicas de habilidades sociales, técnicas de respiración, relajacion y técnicas de reparación de problemas), o técnicas de organización en programas de socialización, programas de evaluación y retroinformación y de desarrollo de organizacional.

Todas estas técnicas requieren la ayuda de especialistas en la materia, el proceso suele ser largo, y requiere el apoyo de familiares y amigos, para que quien lo parece no se sienta solo en el proceso.

Este síndrome origina muchas pérdidas a las empresas, debido a que muchas de la veces terminan en bajas laborales, siendo muy costosas. Por eso es importante tratarlo lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome del empleado quemado tiene como detonante el entorno laboral y las condiciones del trabajo, cuando se tienen altos niveles de estrés, carga de trabajo, pocos recursos para llevarlos a cabo y además de esto el clima con tus compañeros no es bueno, se produce un estrés crónico que con el tiempo hace que te sientas quemado.

Es necesario que tanto la empresa como el trabajador se impliquen para evitarlo, es cosa de ambas partes.

Cuando aparecen los primeros síntomas se tiene que informar al responsable más próximo, para que sea tratado por profesionales, ya que si se deja pasar el tiempo esto puede desembocar en el caso más grave, la muerte o en una baja laboral.

Ademas se tiene que evitar su aparición para que la productividad no baje, y ocasione perdidas a la empresa. Un entorno favorable es primordial.

6 Bibliografía

1. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Med leg Costa Rica [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 15];32(1):119–24. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152015000100014&script=sci_arttext
2. Síntomas del síndrome de ‘burnout’: ¿cómo identificarlo? [Internet]. Quirón-prevenición. [cited 2022 Jun 15]. Available from: <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/sintomas-sindrome-burnout-identificarlo>.
3. Burnout laboral o síndrome de desgaste profesional [Internet]. Asepeyo salud. 2019 [cited 2022 Jun 15]. Available from: <https://salud.asepeyo.es/pacientes/recomendaciones/burnout-laboral-o-sindrome-de-desgaste-profesional/>.
4. canalSALUD. Síndrome de burnout: la nueva enfermedad del trabajo [Internet]. canalSALUD. 2020 [cited 2022 Jun 15]. Available from: <https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/psicologia/estoy-quemado-el-sindrome-de-burnout/>.
5. Gil-Monte PR. Redalyc.org. [cited 2022 Jun 15]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2313/231318052004.pdf>.

Capítulo 231

ÁREA DE FALLECIDOS DE LOS HOSPITALES Y FUNCIONES DEL CELADOR EN ESTAS

YOLANDA CANTON SALAZAR

RAFAELA CANTON SALAZAR

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

ABEL SALAZAR CANTON

MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON

1 Introducción

Como dice el artículo 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario los celadores “ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario”.

El cadáver será transportado en todo momento por el celador de la unidad de anatomía patológica a la sala de autopsias y en ese momento nos encontramos con dos posibilidades, a la persona fallecida no se le practica la autopsia de inmediato deberemos introducirlo en la cámara frigorífica y, si por el contrario se le va realizar la autopsia de inmediato, se colocará el cadáver ya en la mesa de autopsia.

Una vez en la mesa de autopsias el celador realizar tareas básicamente de auxiliar al médico forense. Antes de la autopsia la primera función del celador es extraer el cadáver de la cámara frigorífica y llevarla a la sala correctamente identificado de manera visible. También deberá preparar el cadáver para la autopsia, desmortajarlo y colocarlo en la posición adecuada en la mesa de autopsias.

Durante la autopsia deberá auxiliar a los profesionales titulados en efectuar los movimientos necesarios del cadáver sin que eso implique el uso del instrumental, pesar órganos, hacer apuntes y guardar y transportar órganos o restos humanos en recipientes herméticos.

Después de la autopsia el celador deberá recomponer y asear el cadáver para posteriormente realizar el amortajamiento y limpiar y recoger la zona donde se ha realizado la autopsia.

2 Objetivos

- Explicar de manera detallada cuales son las funciones que debe de realizar el celador en la zona de mortuorio y cuales no debe de hacer por no ser personal profesional sanitario.
- Establecer la importancia que la figura del celador supone en dicha área hospitalaria.

3 Metodología

Para la 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

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 232

ZONA DE CLASIFICACIÓN, CONTENEDORES, MESAS DE CLASIFICACIÓN, CINTAS Y BÁSCULAS EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA

JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ

MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

1 Introducción

Todo proceso de producción de una lavandería de las características de la que nos ocupa, presenta una serie de fases o zonas comunes y luego una gran variedad de posibilidades, mejoras o variantes que se pueden ir añadiendo al tronco común y que de alguna forma enriquecen, mejoran o complementan el proceso

ZONA DE CLASIFICACION y LAVADO

ZONA O SECCION DE PLANCHADO

SECCION DE EMPAQUETADO

SECCION DE COSTURA y REPASO DE LA ROPA

En el trabajo que nos ocupa vamos a hablar sobre la zona de clasificación y lavado: Esta debe ser una sección que esté totalmente separada del resto de la lavandería; su única comunicación con las zonas de ropa limpia, serán las bocas de descarga

de las lavadoras o trenes de lavado. Será imprescindible que exista una ligera depresión, con respecto a la zona limpia, para que la circulación natural del aire sea siempre del lado limpio al sucio; el personal trabajará exclusivamente en esta zona y también los medios auxiliares de producción, como por ejemplo carros para el transporte de la ropa, no deberán abandonar nunca dicha sección.

En cuanto a los procesos de lavado, conviene hacer constar que, por tratarse de ropa hospitalaria, toda ella potencialmente contaminada, deberán emplearse programas de lavado que aseguren una eficaz desinfección de toda la ropa. A este respecto, la ropa debe sufrir un proceso de desinfección térmica de 15 minutos de duración a una temperatura de 90 grados C.

2 Objetivos

1. DESCRIBIR LA ZONA DE CLASIFICACION DE LA ROPA
2. CONOCER LA MAQUINARIA EN LA ZONA DE CLASIFICACION DE LA ROPA

3 Metodología

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

Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La zona de clasificación de la ropa y su lavado debe ser una sección que esté totalmente separada del resto de la lavandería; su única comunicación con las zonas de ropa limpia, serán las bocas de descarga de las lavadoras o trenes de lavado.

En la zona de clasificación debe haber mesas de clasificación, cintas de clasificación, básculas, máquinas de marcado permanente y temporal, etc.

En la zona de clasificación y lavado se 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.

La maquinaria de una lavandería industrial hospitalaria es muy específica y depende, en muchos casos, de la sección en la que se encuentre.

En la zona de recepción de ropa sucia podemos encontrar vagonetas, contenedores y cintas transportadoras.

Una lavandería industrial hospitalaria suele necesitar una capacidad de producción muy elevada, superior a los 700 kg/h; por ello, en estos casos es recomendable instalar un tren de lavado continuo. Además, se puede complementar con una lavadora convencional y obtener un 15% más de capacidad del total de la planta.

El tren de lavado continuo está compuesto por distintos bombos ubicados en serie y que realizan una única función; de esta forma, se obtienen distintos módulos de prelavado, lavado y aclarado. Además, el agua que va al alcantarillado ya ha pasado por todos los módulos del tren y su temperatura es de unos 35°C; en otras palabras, apostar por el tren de lavado continuo ofrece una mayor calidad y, además, es una opción mucho más económica.

Al tratarse de una lavandería hospitalaria necesita una capacidad de producción muy grande, por lo que es recomendable la instalación de un tren de lavado el cual está compuesto por distintos bombos ubicados en serie que se encargan del prelavado, lavado y aclarado, gracias a este tren se obtiene una mayor calidad y resulta además más económico.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las zonas de una lavandería hospitalaria tenemos la zona de clasificación de lavado que debe situarse de forma independiente, allí se recibe la documentación, se pesa la ropa sucia, se programa la producción de la lavandería, se preparan las cargas, los detergentes necesarios para el lavado. En esta zona podemos encontrar vagonetas, contenedores y cintas transportadoras.

Al tratarse de una lavandería hospitalaria necesita una capacidad de producción muy grande, por lo que es recomendable la instalación de un tren de lavado el cual está compuesto por distintos bombos ubicados en serie que se encargan del prelavado, lavado y aclarado, gracias a este tren se obtiene una mayor calidad y resulta además más económico.

6 Bibliografía

https://www.equipo.com/blog/46_Lavanderia-industrial-hospitalaria
https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Capt5_ropaLavanderia.pdf

Capítulo 233

EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN GRÚA

YOLANDA CANTON SALAZAR

RAFAELA CANTON SALAZAR

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON

ABEL SALAZAR CANTON

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

- Exponer las funciones que realiza este personal no sanitario con la grúa en la movilización de pacientes.
- 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 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

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

En conclusión y tal como hemos visto, 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 sobre esfuerzos 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 234

EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA TÉCNICA DE DECÚBITOS LATERALES

YOLANDA CANTON SALAZAR

RAFAELA CANTON SALAZAR

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON

ABEL SALAZAR CANTON

1 Introducción

Los decúbitos laterales derecho (DLD) y decúbito lateral izquierdo (DLI) entran dentro del grupo tan importante, llamado cambios posturales, dichos cambios son muy utilizados en pacientes con poca movilidad y dependientes. Gracias a ellos, podemos evitar la aparición de heridas llamadas úlceras por presión (UPP). A no ser, que existan contraindicaciones de los decúbitos en un paciente, siempre deberán realizarse, dependiendo de diversos factores, como la edad, estado nutricional, estado de hidratación, etc. Serán realizados cada dos o tres horas. Siempre deberá ser valorado dependiendo de ciertos grados de dependencia y los factores que hemos comentado anteriormente.

Las UPP son una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Este tipo de ulceraciones tienen diversos estadios (I, II, III, IV). Estos números constatan de menor a mayor la gravedad de las lesiones. El estadio I habla de un eritema (enrojecimiento de la piel), y el estadio IV es la máxima lesión, pérdida de tejido en la que puede apreciarse el hueso.

Este tipo de lesiones puede alterar de manera muy excesiva y empeorar la vida del paciente y la estancia hospitalaria. Aquí, es donde el celador, juega su papel, y un papel muy fundamental para el paciente encamado, evitando este tipo de lesiones.

En este capítulo, hablaremos de la realización de los decúbitos laterales, y la colocación de almohadas, así, se evitarán presiones entre los planos duros, dejando entre medias, planos blandos, y así, también, mejorar la comodidad del hospitalizado.

2 Objetivos

Conocer el método efectivo de colocación de un paciente en decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito lateral derecho (DLD) y la colocación de almohadas para evitar la aparición de úlceras por presión (UPP) bajo las técnicas y el protocolo de actuación del celador.

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 explicar los pasos a seguir de la colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito lateral derecho (DLD) partiremos de la base de que el paciente se encuentra en Decúbito supino (DS).

Para comenzar, el celador, deberá seguir los siguientes pasos:

1. Se lavará las manos y se colocará los guantes. No tienen que ser estériles.
2. Una vez, en la habitación, se deberá explicar al paciente lo que se le va a realizar, y se pondrá ante todo su intimidad, mediante biombo, y con la puerta cerrada.

3. Se posicionará la cama completamente en horizontal, y si la cama, además, puede moverse en bloque, se colocará a la altura en el que el celador pueda efectuar la técnica sin lesionarse.
4. Retiraremos la almohada de la cabeza, así, será mucho más sencillo para su movimiento. Se retirará con cuidado, teniendo precaución con la cabeza del encamado.
5. Para comenzar la movilización, el paciente debe ser trasladado hacia la punta de la cama. Para el decúbito lateral derecho, se le trasladará hacia el lado izquierdo, para el decúbito lateral izquierdo, será al contrario, hacia el lado derecho. Para ello, el celador, realizará el movimiento en tres toques (primero los hombros, después la cadera y por último, las piernas). Es una buena forma, para evitar lesiones y evitar hacer daño al paciente, pasar uno de los brazos por debajo de los hombros y después de cadera, hasta llegar al otro extremo, mientras que con la otra mano acompañarlo hacia el cuerpo del celador. La colocación de las piernas es más sencilla, basta con agarrarlas con las manos y llevarlas con el resto del cuerpo.
6. Una vez, que el paciente se encuentra completamente recto en el borde de la cama, se colocará su pierna derecha flexionando la rodilla y dejando su pie apoyado en la cama (en el caso de que queramos el DLI, si queremos el DLD será la pierna izquierda). La otra pierna permanecerá extendida.
7. Después, se empujará suavemente su cuerpo, apoyando una de las manos en su hombro más cercano al del celador, y otra de las manos en el trocánter de la pierna flexionada. De tal manera, que el paciente se quedará de lado.
8. Debemos prestar mucha atención a la sensación del paciente al realizar la técnica de movilización, si le duele, o es incómodo para él. 9. El hombro y el brazo que están en contacto con la cama, es importante que no se queden “atrapados” por lo que deberemos corregir esa postura, con un solo movimiento. El celador introducirá su mano por debajo del hombro, y se arrastrará levemente hacia fuera, así, garantizaremos una posición ergonómica correcta.
10. El brazo que se encuentra más alejado del colchón, deberá encontrarse con el codo flexionado, conduciendo la mano hacia arriba. Así, no existirá una posición muy rígida.
11. Una vez terminada la movilización, el profesional, colocará las almohadas, la primera será la de la cabeza, es de vital importancia colocarla rápido, así evitaremos lesiones en el cuello del paciente.
12. Se colocará, también, una justo detrás de la espalda del encamado, para evitar que deshaga el cambio postural.
13. Otra de las almohadas se coloca entre ambas piernas, así se evitarán presiones

entre las rótulas y tobillos.

14. También, se puede colocar otra almohada entre los brazos. Aunque no es tan usual colocarlas, ya que no suelen coincidir ambos codos.

15. Finalmente, cuando el paciente se encuentra perfectamente colocado, le arroparemos, y le dejaremos lo más cómodo posible.

16. Nos despediremos, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos las manos. Las úlceras más comunes suelen darse en decúbito lateral, son en trocánteres, tobillos, cóndilos, costillas, acromion y oreja. También, es muy importante hidratar la piel antes del cambio postural, mediante ácidos grasos. Se debe impregnar en las zonas más propensas a úlceras por presión en esta posición. Las mencionadas anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en el presente capítulo a pesar de que el celador, es un personal no sanitario, es uno de los que más contribuye al confort del paciente.

Gracias a sus técnicas y conocimientos es capaz de lograr el bienestar del paciente en el tiempo que requiere ser ingresado.

Si el celador no realizara correctamente sus funciones, podría desestabilizar al paciente, provocar lesiones o incluso, provocárselas a sí mismo.

La práctica de estas técnicas, como son los cambios posturales requieren de unos conocimientos y unos protocolos que no pueden ser realizados por cualquier persona, debe ser una combinación perfecta, que aporte al paciente bienestar y no dolor o incomodidad, e incluso en el peor de los casos lesiones.

El celador es un profesional con capacidad de determinar cada cuanto tiempo y que movimientos son los mejores para el paciente encamado. Por todo esto, el celador, es una figura indispensable en cualquier unidad de un hospital.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100008.

Capítulo 235

LA ROPA SUCIA: MANIPULACIÓN, RECOGIDA, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA

MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ

JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

1 Introducción

Las fases que habitualmente tiene el traslado de la ropa sucia son: segregación, almacenamiento en planta y recogida y transporte.

La finalidad de la lavandería es procesar la ropa sucia y contaminada convirtiéndola en ropa limpia que ayuda a la comodidad y cuidado del paciente y no sea vehículo de infección.

Para eliminar la posibilidad de infección son esenciales procedimientos adecuados para la recogida, transporte y almacenamiento de la ropa del hospital.

La ropa sucia debe ser depositada en bolsas colocadas en carros específicos en el sitio donde fue usada. Toda la ropa sucia debe manipularse de forma tal que se minimice la contaminación de todas las zonas del centro sanitario. Durante las actividades de un cambio de ropa, los carros deben ser acercados a la cama del paciente, al hacer las camas la ropa debe plegarse cuidadosamente desde las esquinas hasta el centro y trasladarse directamente a la bolsa del carro contenedor. La ropa

debe manipularse lo menos posible, no debiendo bajo ningún concepto tirarse al suelo cualquiera que sea la zona del centro sanitario, tampoco se depositará sobre camas, mesillas, sillas...La ropa debe mantenerse dentro de la bolsa colocada dentro del carro. La bolsa no debe llenarse por encima de los dos tercios antes de cerrarse y asegurarse para su transporte.

Es necesario, para un mejor funcionamiento, eficacia, higiene y seguridad en la lavandería, que las bolsas vayan correctamente identificadas (pegatinas, sellos, números, etc.) con el nombre del Servicio o Unidad de procedencia). -Un factor importante a tener en cuenta en el momento de la recogida de ropa sucia es la separación de todo aquel material que no sea textil recuperable mediante el proceso de lavado (algodón, gasas, muletones, etc.)

La ropa sucia debe permanecer almacenada el menor tiempo posible, debiendo ser evacuada de las unidades de cuidados médicos una vez al día por lo menos, y de Obstetricia,

Neonatología, Quirófanos, Pediatría, UCI y Aislamiento-Infecciosos, por lo menos dos veces al día.

2 Objetivos

☒ Saber cómo manipular la ropa sucia en la lavandería

☒ Conocer cómo se debe transportar y almacenar la ropa sucia en el servicio de lavandería

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

Se definirá un recorrido para el transporte de la ropa sucia desde su punto de producción hasta la lavandería, estableciendo específicamente el circuito (corredores, ascensores, etc.) para evitar en lo posible el cruce de líneas sucias y limpias, la utilización de ascensores de pacientes y público, etc. estableciendo los sistemas

de actuación ante situaciones imprevistas (averías de ascensores, zonas de difícil acceso, etc.)

No deben trasladarse por el Hospital bolsas de ropa sucia que no estén perfectamente cerradas, la ropa sucia debe recogerse de forma ordenada evitando un movimiento innecesario por el Hospital, en ningún momento se arrastrará por el suelo los sacos de ropa sucia, utilizándose “sistemas rodantes” para tal efecto, se evitará el cambio de ropa sucia de una bolsa a otra.

La ropa debe transportarse en dos circuitos diferentes: uno de ropa sucia y otro de ropa limpia. Estos dos circuitos no deben cruzarse, deben ser independientes y han de estar claramente diferenciados. Para asegurar el cumplimiento de estas medidas se dispondrá bien de dos vehículos distintos con rutas opuestas: uno llevará la ropa sucia del hospital a la lavandería y el otro la ropa limpia de la lavandería al hospital, o bien se dispondrá de un solo vehículo, estableciendo un sistema que evite el cruzamiento de ropa limpia/sucia.

Para un mejor manejo de la ropa se utilizarán carros o jaulas que garanticen una mayor higiene y permiten un mejor nivel de rotación de ropa sucia; los carros asignados a cada circuito (sucio y limpio), deben estar perfectamente diferenciados, para evitar cruces y, tienen que ser limpiados con la frecuencia que se determine en el centro.

La ropa sucia debe permanecer almacenada el menor tiempo posible para así evitar infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante para que no haya infecciones al manipular la ropa sucia en la lavandería que el personal haga uso de equipos de protección personal (guantes, batas, etc.)

Los pijamas de los pacientes se cambiarán a diario, mientras que otras prendas se cambiarán semanalmente o cada vez que se produzca un alta.

En cualquier caso, la ropa limpia debe separarse de la ropa sucia. Esto es importante para evitar que las bacterias se queden en el ambiente.

La ropa hospitalaria se transportará siempre en bolsas o carros de transporte y se evitará al máximo el contacto con superficies como, por ejemplo, el suelo.

Por lo que respecta al lavado y la desinfección de la ropa, utilizaremos agua caliente y prescindiremos, dentro de lo posible, de la lejía para desinfectar, utilizando en su lugar agua oxigenada. Por otra parte, el secado y planchado juegan un papel importante en la reducción de la carga bacteriana.

6 Bibliografía

https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/1176/control_lavanderias.pdf

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws>

[as-media-mediafile_sasdocumento/2019/lavand_lectura_01.pdf](#)

Capítulo 236

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

MANUELA CALERO PARRA

ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA

RAMONA CAMPOS CAMPOS

1 Introducción

Las funciones del celador son muy diferentes dependiendo del servicio o unidad en el que éste desarrolle su actividad profesional. Por ello, es necesario definir una serie de protocolos acerca de las funciones que el celador debe realizar, en este caso, en la unidad de anatomía patológica.

Así, al celador de la unidad de anatomía patológica se le suele llamar “celador auxiliar de autopsias”, siendo el responsable de trasladar al cadáver del mortuario a la sala de autopsias, donde será preciso depositar el cadáver en la cámara frigorífica si la autopsia clínica no se realiza en ese preciso momento o colocarlo en la mesa de autopsias si esta se va a realizar inmediatamente.

Asimismo, es necesario destacar que las funciones del celador en el servicio de anatomía patológica no se limitan a las relacionadas con la función auxiliar en la realización de autopsias clínicas. El celador en esta unidad es el encargado de transportar las muestras histológicas entre la unidad y el resto de las dependencias del hospital, es el responsable de ordenar y colocar las muestras recibidas en el laboratorio, es el encargado de suministrar a la unidad los productos necesarios para llevar a cabo la conservación y procesamiento de las muestras.

2 Objetivos

- Definir la actuación del celador como auxiliar en la autopsia clínica.
- Definir las funciones del celador en la unidad de anatomía patológica.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo. Se utilizaron términos de búsqueda en la web como “anatomía patológica”, “autopsia”, “celador”, etc. El fin de esta búsqueda pretende poner de manifiesto los resultados sobre la actuación por parte del celador en la unidad de Anatomía Patológica. De la gran cantidad de resultados encontrados se han seleccionado los que se adaptaban a los objetivos del trabajo.

Como fuentes bibliográficas se han utilizado:

1. Web revistamedica.com.
2. Libro “Atención del celador en el laboratorio de Anatomía Patológica”.
3. Libro “Celadores de Instituciones Sanitarias”.

4 Resultados

La autopsia clínica o “Necropsia”, consiste en la apertura y examen de un cadáver para verificar el estado de los órganos y las causas de la muerte. Es necesario diferenciarla de la autopsia judicial, que tiene por objeto averiguar las causas que han provocado la muerte de una persona, siendo practicada en casos de muerte no natural, por causa de muerte violenta o en la que existen indicios de criminalidad. Este tipo de autopsias son realizadas por los médicos forenses, efectuadas en un lugar de carácter público y en presencia del juez instructor.

Como se ha expuesto anteriormente, es función del celador el traslado de los cadáveres al mortuario. Una vez el cadáver está colocado, al celador le son encomendadas una serie de funciones: o Antes de la autopsia:

- Extraer el cadáver de la cámara frigorífica y, conducirlo a la sala identificado, con nombre y apellidos en un lugar perfectamente visible en el cuerpo de la persona fallecida.
- Preparar el cadáver para realizar la autopsia clínica, desamortajarlo y colocarlo en la posición correcta en la mesa de autopsias.
- Preparar el instrumental y los elementos auxiliares. o Durante la autopsia:
- Auxiliar al profesional titulados en todas aquellas prácticas que no impliquen en ningún caso hacer uso del instrumental sobre el cadáver.

- Pesaje de los órganos, realizar anotaciones e introducir en cubos herméticos los restos humanos que le requiera el médico anatomopatólogo para su traslado. o Después de la autopsia:

- Limpiar externa e internamente al cadáver y realizar el rellenado de los huecos viscerales (generalmente, con papel de celulosa).
- Limpiar la sala, la mesa y el material que se hubiera utilizado en la autopsia.
- Conducción de muestras orgánicas y cualquier otro material (carretes fotográficos, historial clínico, etc.) a los correspondientes departamentos, en las condiciones de conservación y manejo establecidas por el personal facultativo.

Además de las funciones auxiliares en autopsias, el celador desempeña otra serie de funciones en la unidad de anatomía patológica, como pueden ser:

1. Suministrar el libro de registro, donde se anotarán los siguientes conceptos referidos al paciente fallecido:

- N° de orden de Registro.
- Nombre y apellidos.
- N° de historia clínica.
- Servicio de procedencia, planta y cama.
- Fecha y hora de entrada en el mortuario.
- Fecha y hora de salida del mortuario.

2. Informar a los familiares sobre dependencias del hospital, horarios, etc.

3. Conducir a los representantes de empresas funerarias de la manera más discreta posible.

4. Revisar periódicamente los cadáveres para asearlos o subirlos a la cámara frigorífica si fuese necesario.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, tras haber realizado la exposición de las funciones más destacadas a realizar por el celador en la unidad de anatomía patológica, habiendo profundizado un poco más en el papel de este celador como auxiliar en autopsias clínicas, es necesario tener en cuenta y poner de relevancia que el celador debe cumplir en todo momento las instrucciones y pautas suministradas por el personal médico, siempre cumpliendo la premisa de no utilizar ningún tipo de instrumental sobre el cadáver.

Por último, es necesario recordar que es preciso tratar en todo momento el cadáver de la persona fallecida con total respeto, consideración y seriedad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 237

TRASLADO DEL PACIENTE POR EL CELADOR

RAMONA CAMPOS CAMPOS

MANUELA CALERO PARRA

ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE

1 Introducción

Dentro del ámbito sanitario el traslado de pacientes es una práctica diaria muy habitual. Este proceso es realizado por el celador, el cual debe estar cualificado para realizarlo en las mejores condiciones posibles, asegurando y garantizando la seguridad del paciente.

Se considera traslado cuando se lleva a un paciente de un lado a otro del centro sanitario. El traslado va a depender siempre del motivo y del estado del paciente. Los traslados de pacientes pueden realizarse de diferentes maneras. El paciente puede ir andando, con andadores o bastones, en silla de ruedas, en camilla o en cama.

Para llevar a cabo los traslados por parte del celador es necesario tener en consideración una serie de reglas básicas:

Será necesario procurar que:

- El paciente vaya lo más cómodo posible.
- El paciente vaya seguro y no se caiga.
- Los movimientos sean suaves y el traslado lento.
- No abandonar al paciente.
- No dejar al paciente entre corrientes de aire.

- Tener conocimiento del estado del paciente y saber en todo momento como se le puede movilizar.
- Empujar en vez de tirar.
- Intentar recorrer el camino más corto posible para evitar demoras en el traslado.
- Intentar que el enfermo colabore en la movilización.
- No trabajar en contra de la fuerza.

2 Objetivos

- Definir las consideraciones generales a la hora de realizar el traslado de pacientes por parte del celador.
- Definir la actuación del celador en traslados en situaciones especiales.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo. Se utilizaron términos de búsqueda en la web como “traslado”, “movilización”, “celador”, etc. El fin de esta búsqueda pretende poner de manifiesto los resultados sobre el traslado de pacientes por parte del celador dentro del entorno hospitalario con los diversos dispositivos que existen para ello. De la gran cantidad de resultados encontrados se han seleccionado los que se adaptaban al objetivo del trabajo.

4 Resultados

En base al estado del paciente, el traslado se ha de realizar por su propio pie, con silla de ruedas, cama o camilla. Para ello se deben tener en cuenta una serie de consideraciones generales: o Explicará al paciente el recorrido que se va a realizar y cómo se va a hacer. o Elegirá el medio de transporte más adecuado, atendiendo a las indicaciones del personal sanitario sobre la movilidad del paciente. o Antes de mover la silla de ruedas, cama o camilla debemos verificar que todos los componentes (sueros, bombas, sondas, bala de oxígeno, etc.) están en el lugar adecuado y asegurarnos que no entorpecerán el traslado cuando se entre en un ascensor, atravesemos una puerta, etc. o El paciente deberá estar bien sujeto para evitar caídas en su desplazamiento. o Evitará situaciones donde existan corrientes de aire o en lugares donde el enfermo pueda sentirse incómodo. o Los movimientos en el traslado deberán ser rápidos y coordinados. o Una vez llegado al destino

(planta de hospitalización, servicio de radiología, quirófano, etc.) no abandonará al paciente hasta que no se hagan cargo de él el personal correspondiente.

Atendiendo a las diversas situaciones especiales que se pueden presentar en el día a día del celador a la hora de realizar los traslados de pacientes, se exponen algunos ejemplos de lo mencionado anteriormente: o Subida y bajada de rampa con silla de ruedas.

- Para subir una rampa, el celador empujará la silla de ruedas desde atrás, el paciente irá de cara a la marcha.

- Para bajar una rampa, caminará el celador de espaldas a la rampa, mirando de vez en cuando hacia atrás para evitar caídas y obstáculos. o Subida y bajada de rampa con cama o camilla.

- Para subir una rampa, empujará desde los pies del paciente la cama o camilla.

- Para bajar, caminará hacia atrás desde los pies de la paciente de la cama o camilla, delante del paciente y de espaldas a la pendiente, mirando de vez en cuando hacia atrás para evitar caídas u obstáculos. o Entrada y salida del ascensor con silla de ruedas.

- Para entrar en un ascensor, el celador entrará primero tirando de la silla, de espaldas al ascensor. El paciente quedará de espaldas al ascensor, situándose el celador a la espalda de este y entrará antes que el paciente.

- Una vez dentro, si es posible, girará la silla para salir de la misma forma, es decir, saldrá primero el celador tirando de la silla de ruedas. o Entrada y salida del ascensor con cama o camilla.

- A la hora de entrar en el ascensor lo hará primero el celador, tirando de la cabecera de la cama o camilla.

- A la hora de salir del ascensor el celador empujará por el cabecero de la cama o camilla, saliendo los pies del paciente primero.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el celador conozca el estado físico, psíquico y sociocultural del paciente para realizar los traslados lo más cómodo posible para el usuario y el celador y evitar la posible iatrogenia al paciente. Además, será necesario preservar la intimidad del paciente para asegurar la comodidad y seguridad del mismo.

Aplicando las consideraciones generales expuestas anteriormente y en base a los principios éticos de autonomía y no maleficencia será necesario elegir el medio de traslado más adecuado para el paciente atendiendo a sus características individuales.

Previamente a la realización de traslados es necesario comprobar y revisar por parte del celador el estado del material pertinente para llevarlos a cabo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 238

EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ

JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ

1 Introducción

Las tareas que realiza el personal de lavandería son, en líneas generales, las siguientes:

Recepcionar y clasificar la ropa sucia.

Cargar y descargar lavadoras

Planchar la ropa con la plancha y las sabanas con la calandra.

Plegar la ropa y las sabanas.

Organizar de la ropa limpia en casilleros o carros.

Marcar y coser la ropa de los residentes que no tienen quien haga esta tarea por ellos.

Se trabaja a turnos (mañana y tarde). Existen diversos modelos organizativos en cuanto a la distribución y duración de los turnos.

Este puesto de trabajo se encuentra bajo supervisión de la gobernanta o del coordinador del centro.

Las tareas del personal de lavandería implican continuos movimientos repetitivos. Otros aspectos a destacar son las condiciones ambientales del puesto de

trabajo (calor y humedad) y que hay que permanecer de pie durante toda la jornada laboral. Algunos ejemplos concretos de problemas de tipo ergonómico son los siguientes:

Manipulación de cargas:

Se manipulan manualmente sacos de detergente y sacos de ropa.

Se transporta ropa en cubos, arrastrándolos.

Los carros son muy profundos y obligan a flexionar la espalda durante la carga y descarga de lavadoras o secadoras.

En algunas ocasiones la altura del tambor de la lavadora y la secadora se encuentran muy bajos.

2 Objetivos

- Conocer el trabajo que se realiza en una lavandería hospitalaria.
- Poner de manifiesto la importancia del trabajo en equipo en las lavanderías de los hospitales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un servicio de lavandería industrial completo está formado por diferentes tareas, entre las que se encuentran por ejemplo la recogida y la entrega de las prendas de ropa en el centro del cliente o usuario, el lavado de la misma, el secado, el planchado, el doblado y la clasificación por cada tipo de prenda.

Existe para llevar a cabo todo este trabajo un equipo de personas que se encarga de cada una de estas funciones y que deben estar bien organizadas y compenetradas para llevar a cabo este trabajo.

El personal de lavandería lava y plancha o lavan en seco prendas de ropa, uniformes y otros textiles a mano. Mantienen la disponibilidad del servicio de la ropa y mantienen registros e inventario de los artículos en su poder hasta su entrega.

Sus funciones son lavar y planchar ropa de cama, telas y artículos similares en una lavandería u otro establecimiento. Limpiar, a mano y con soluciones químicas, ropa, telas, artículos de cuero y artículos similares, en una limpieza en seco u otro establecimiento. Reemplazar botones y hacer reparaciones menores. Colocar artículos en estantes y colgar artículos para su entrega y recolección.

El equipo de personas del servicio de lavandería y plancha debe turnarse entre la zona de sucio y de limpio y no mezclarse entre sí para evitar infecciones.

La zona de sucio es la más complicada y la más sufrida de todos los trabajos, por eso los trabajadores deben turnarse para no estar siempre los mismos en este sitio más penoso.

Aparte de la zona de sucio y limpio también trabajan en la lavandería planchadoras y costureras que se encargan del planchado en calandras y de repasar la ropa que se ha roto como botones, dobladillos etc, todo esto debe ser en equipo también e ir cambiando para no estar siempre en la misma postura.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de la lavandería en equipo es de suma importancia porque todo va encadenado y las personas que trabajan allí deben estar muy bien compenetradas y organizadas.

Entre otras cosas se deben encargar de la recogida y entrega de las prendas de ropa, el lavado, el secado, el planchado, el doblado, la clasificación y también el repaso en el costurero de la ropa que esté rota o defectuosa o se le haya caído por ejemplo un botón o descosido el dobladillo.

Para la elaboración de estos trabajos hay diferentes maquinarias a disposición de todos los trabajadores, estas maquinarias facilitan su tarea.

6 Bibliografía

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-7517>

https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/Organizacion_ropa_lavand.htm

Capítulo 239

LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE EL LAVADO DE MANOS DEL CELADOR

ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA

JAVIER MELLADO MONTEJANO

MANUELA CALERO PARRA

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales constituirán un grave problema de salud pública en el ambiente sanitario de todo el planeta.

Entre sus principales medidas de prevención estará el correcto lavado de manos, siendo un instrumento de eficacia probada para la reducción de diversas patologías.

Higiene de manos será la frotación de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, para la limpieza y eliminación de suciedad, materia orgánica y/o microorganismos mediante una acción física, química o mecánica del lavado higiénico, antiséptico o quirúrgico.

El uso de guantes o soluciones alcohólicas no constituye una alternativa para evitar o prescindir del lavado higiénico, antiséptico o quirúrgico de las manos.

El día 15 de octubre se celebrará el día mundial del lavado de manos. El propósito de este día es promover la cultura del lavado de manos con jabón y hacer públicos

sus beneficios.

El celador junto con todo el personal de los centros sanitarios, ante las competencias que realizarán con los pacientes tendrán varios momentos en los que será necesario e imprescindible el lavado de manos.

- Antes de tener contacto directo con los pacientes.
- Antes de realizar procedimientos asépticos.
- Después del contacto con fluidos corporales, secreciones, membranas, mucosas, piel no intacta aunque las manos no estén visiblemente sucias.
- Después de tocar objetos inanimados o fomites en el área del paciente.
- Antes, durante y después de preparar alimentos.
- Antes de comer.
- Antes y después de tener contacto con vómitos o diarrea.
- Después de ir al baño.
- Después de cambiar pañales.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Después de tocar a animales.
- Después de tocar la basura.

2 Objetivos

-Dar a conocer los pasos a realizar para un correcto lavado de manos, así como los tipos de lavados de manos, destacando la importancia del mismo para mantener una barrera frente a diversas enfermedades y contagios.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha planteado una estrategia de búsqueda y revisión bibliográfica sobre el lavado de manos del personal sanitario y no sanitario. Se han utilizado bases de datos como Scielo, Elsevier, Pubmed y revistamedica, seleccionando artículos científicos revisados y actualizados.

4 Resultados

Los pasos que se citarán a continuación serán el modo de efectuar el lavado de manos.

1. Mojar las manos con agua corriente limpia y tibia.
2. Poner en la palma de la mano la solución jabonosa.

3. Frotar las palmas de las manos entre ellas. La palma de una mano contra el dorso de la otra entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrando los dedos y viceversa.
5. Frotar el dedo pulgar de una mano cogiéndolo con la mano opuesta, realizando movimientos rotatorios y viceversa.
6. Frotar las puntas de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, con movimientos rotatorios y viceversa.
7. Aclarar las manos con abundante agua limpia y tibia.
8. Secar las manos con papel desechable.
9. Cerrar el grifo ayudándonos de ese mismo papel desechable sin tocar con las manos ya lavadas.

Los tipos de lavado de manos serán:

- Lavado higiénico eliminará la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos. Se frotará con agua y jabón durante 15 a 30 segundos.
- Lavado antiséptico o antibacteriano eliminará la suciedad, materia orgánica y flora transitoria y parte de la flora residente de las manos, consiguiendo una actividad microbiana residual. Se usará un jabón tipo antiséptico. El lavado con agua y jabón antiséptico durará entre 40 a 60 segundos.
- Lavado quirúrgico eliminará la flora transitoria y el máximo la flora residente de las manos previas a un procedimiento invasivo o quirúrgico que requiere un alto grado de asepsia. La duración total de la técnica con agua, cepillo y jabón antiséptico será de 3 a 5 minutos.

Algunas recomendaciones que deberá tener en cuenta el celador serán mantener las uñas cortas y limpias y no deberán ser postizas ni estar pintadas. No usará anillos, ni relojes, ni pulseras. Usará cremas y lociones protectoras de la piel después de la jornada laboral.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que lavarse las manos con frecuencia ofrece grandes beneficios en la prevención de enfermedades nosocomiales, siendo la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos patógenos y multirresistentes que en algunos casos podrían derivar hasta en la muerte.

La creación buenos hábitos de asepsia nos protegerá de futuras enfermedades y propagación de las mismas, preservandonos de multitud de complicaciones y

conservando un buen estado físico y garantizando un trabajo de calidad.

El lavado de manos es el proceso más sencillo que el celador puede y debe poner en práctica. El conocimiento de los tipos de lavado y los momentos en los que proceder con uno u otro dará al celador una calidad, seguridad y destreza en el desarrollo de sus competencias.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-pasos-para-una-tecnica-correcta-de-lavado-de-manos-segun-la-oms>
2. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000600355
3. <https://revistamedica.com/celador-higiene-manos/>

Capítulo 240

EL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE DE LA SILLA DE RUEDAS A UN VEHÍCULO

GONZALO RUBIO ARAQUE

ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ

GELDA VILLAMOR AGUADO

JAIME ORTIZ MARTIN

LAURA CASERO HERNÁNDEZ

1 Introducción

Como muchos sabemos, una de las funciones del celador y una de las más importante son las movilizaciones al paciente.

Estas movilizaciones requieren una serie de técnicas que solo el celador conoce y es capaz de practicar.

Podemos llegar a pensar, que cualquiera podría mover a un paciente, pero NO cualquiera puede realizar la ejecución perfecta logrando la integridad física del paciente y la del personal que lo realiza.

No solo nos encontramos con las movilizaciones típicas cama sillón, cama a camilla, etc. Sino que también, nos encontramos con una movilización compleja que se da en muchos casos, normalmente cuando se produce el alta hospitalaria, y es el traslado de la silla de ruedas a un vehículo.

Normalmente, el paciente, aunque haya sido dado de alta, puede encontrarse con poca movilidad, o sea un paciente dependiente con una movilidad reducida o muy reducida.

Es el familiar, en ocasiones, quien recoge al paciente para llevarlo a casa, y no es llevado en ambulancia, y la técnica de trasladarlo al coche, requiere de una ejecución y unos procedimientos íntegros y bien realizados.

Para esto, está el celador, así se garantizará un buen traslado y manejo del paciente, evitando accidentes o daños tanto para el que ha sido dado de alta, como para el profesional que lo realiza.

El traslado debe realizarse siempre con seguridad y comodidad, asegurando en todo momento que los dispositivos que pueda llevar el paciente estén bien colocados. Para realizar el traslado, las bolsas de sueros permanecerán elevadas, si el paciente fuera portador de ellas. Las bolsas recolectoras de orina y otros líquidos siempre tendrán que estar colgadas en sus soportes.

El celador debe garantizar una correcta ejecución, seguridad e integridad física en la la movilización del paciente silla de ruedas – vehículo.

En este capítulo, hablaremos de la transición de paciente con movilidad reducida de la silla de ruedas al vehículo.

2 Objetivos

- Establecer las normas generales para que el celador pueda realizar el traslado de pacientes lo más correcto posible, detallando el procedimiento de movilización desde la silla de ruedas a un vehículo.
- Conocer la técnica a realizar y la importancia de dichas funciones llevadas a cabo por el celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez que ya conocemos los objetivos que se van a abordar y hemos introducido en la temática de este capítulo, procederemos a explicar toda la ejecución completa del traslado de la silla de ruedas al vehículo:

- Antes de comenzar, debemos explicar al paciente lo que se va a realizar, y se le pedirá que nos ayude y colabore en todo lo que pueda.
- También, pediremos al familiar que nos ayude si fuera necesario, si creemos conveniente pedirle que se aleje de la ejecución le pediremos que se retire de la zona de actuación. En muchas ocasiones, una persona que no controla estos protocolos, más que ayudar puede dificultar el protocolo de actuación.
- Colocaremos la silla de ruedas paralela al vehículo, es interesante, colocar la silla un poco en perpendicular a la puerta (ya abierta) donde se introducirá al recién dado de alte.
- Le colocaremos los frenos y subiremos las palas donde descansan los pies del paciente, así evitaremos roces o heridas en las extremidades inferiores del paciente o las nuestras propias.
- Acercaremos el tronco del paciente al nuestro, juntando hombros con hombros. Envolveremos nuestros brazos alrededor de la parte superior del cuerpo del paciente.
- Pediremos al paciente, que apoye fuertemente sus pies en el suelo y asegure sus rodillas.
- A la hora del levantamiento, debemos usar como punto de esfuerzo nuestras piernas, nunca nuestra espalda, esto nos ayudará a no lesionarnos las lumbares.
- Una vez que todo está asegurado, levantaremos al paciente con su ayuda, y giraremos lentamente hasta dejarle sentado.
- La ergonomía debe ser espalda recta y piernas dobladas. Intentaremos, también, no apoyar todo el peso en la rodilla que procede al giro.
- También, es interesante, pedir al paciente que se agarre a una zona segura del vehículo para que encuentre más estabilidad.
- El paciente no debe agarrarse demasiado a nosotros, sino, esto nos podría perjudicar a la hora de realizar el traslado.
- Una vez que ya se encuentra completamente sentado, elevaremos sus piernas para que entren en el vehículo, esto, se realizará mediante una rotación, dejando todo completamente alineado, para evitar que el paciente se encuentre incómodo.
- Debemos tener cuidado con su cabeza y extremidades, ya que podrían producirse golpes o heridas.
- Nos aseguraremos que el paciente se encuentra cómodo y le abrocharemos el

cinturón.

- Si tiene dispositivos que puedan proporcionar la comodidad del paciente los colocaremos.
- Aseguraremos, también, si el paciente porta sondas vesicales, drenajes, etc. vayan en perfecto estado y siempre, durante la movilización deberemos prestarle atención, para evitar que puedan arrancarse.
- Prestaremos atención a las pertenencias del paciente y que son entregadas.

Un elemento, que no hemos mencionado, pero que también, nos puede servir de ayuda son los transes o tablas deslizantes.

A continuación, explicaremos el procedimiento con dos profesionales (celadores), esto suele realizarse cuando el paciente no tiene ningún tipo de movilidad:

- Uno de los celadores, se introducirá dentro del vehículo de rodillas, esto debe realizarse en la parte trasera del vehículo.
- La silla deberá ser colocada de espaldas al celador que se encuentra dentro del vehículo, y se deberá dejar un espacio entre silla y vehículo.
- La silla deberá ser inclinada hacia atrás, pero nunca demasiado, sino, podrían producirse caídas.
- El celador que se encuentra dentro colocará sus brazos bajo las axilas del paciente.
- El otro celador sujetará al paciente por las piernas, de tal manera que introduzcan al movilizad en vilo en el vehículo.
- Una vez que el paciente ya se encuentra dentro del vehículo, deberá realizarse una técnica de rotación para dejarle completamente sentado.
- Y se realizará la misma técnica de vigilancia de la comodidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos comprobar, la movilización es de vital importancia en miles de procedimientos que se realizan con el paciente.

En este caso, hemos expuesto el proceso de movilización silla de ruedas – vehículo.

Esta técnica solo puede ser realizada por el celador y gracias a sus técnicas bien ejecutadas y precisas.

Si no se realizaran correctamente dichas técnicas, o fueran realizadas por un personal no cualificado, se podrían producir caídas, lesiones, etc. en el paciente o incluso en la misma persona que lo ejecuta.

Que el celador controle la situación, otorga al paciente y familiares tranquilidad y seguridad, esto hace, que el protocolo fluya correctamente.

Es por todo esto, que el celador debe encontrarse bien formado en todas las múltiples movilizaciones que puedan surgir, así como, a nivel de empatía y trato humano.

6 Bibliografía

1. <https://famma.org/soluciones-para-entrar-al-coche-con-movilidad-reducida/>
2. https://www.stroke.cindrr.research.va.gov/es/docs/T%C3%A9cnicas%20de%20levantamiento%20y%20Transferencias_FINAL.pdf

Capítulo 241

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL MENÚ BASAL

MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ

FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ

JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

1 Introducción

La comida para el ser humano desde tiempos añejos representa una fuente de goce y placer, casi inagotable; si nos fijamos en la evolución de la alta gastronomía podemos analizar la capacidad de reinención y la potente creatividad de grandes cocineros, destacando en estas últimas décadas los cocineros españoles, principalmente después de la explosión gastronómica que supuso el Bulli del cocinero catalán Ferran Adrià.

Es importante valorar esa condición de disfrute que supone para las personas la alimentación, no obstante el principal objetivo de una cocina hospitalaria es ofrecer una alimentación de calidad satisfaciendo las necesidades nutricionales de los pacientes ingresados en un hospital.

Por lo general un hospital representa un medio hostil para el paciente y quizás uno de los momentos más confortables pueda ser la hora de la comida, por lo

tanto no es un tema baladí ofrecer una alimentación cuidada y adaptada a los gustos y preferencias del paciente y puede favorecer su estancia en el hospital. La cocina hospitalaria no goza de gran fama en cuanto al sabor y presentación de sus platos. Factores como la distribución de la comida, el número de comidas servidas y las diversas patologías de los pacientes juegan en contra en muchas ocasiones.

2 Objetivos

Describir el menú basal, sus principales características, exponiendo algún ejemplo de menú basal hospitalario por parte de los pinches de cocina

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de dato. Se han consultados libros de tecnología culinaria de la Escuela de Turismo y Cocina de Gijón, páginas de internet especializadas en cocina hospitalaria y documentos de información de alimentación de diversos hospitales españoles.

4 Resultados

La dieta que va a ingerir un paciente tiene que estar basada en los diagnósticos médicos, no obstante en la mayoría de los casos se utiliza el menú basal.

El menú basal es la dieta recomendada a pacientes que no tienen ningún tipo de restricción alimentaria o nutricional y esta dieta debe de cubrir las necesidades energéticas que va a necesitar el paciente para realizar su vida dentro del hospital, esta dieta tiene que ser equilibrada, de calidad y tiene que llegar a una temperatura adecuada de consumo.

Referente a las características principales del menú basal destacamos que las calorías que debe aportar el se sitúan entre 2200 y 2500 cal/día, en donde los hidratos de carbono supondrán un 50 %, un 30% de lípidos y un 20% de proteínas.

La aportación se hará en cuatro tomas diarias, repartidas en desayuno, comida, merienda y cena.

Existen una serie de recomendaciones como el consumo de proteínas de origen vegetal aportadas por las legumbres, evitar el consumo de carnes rojas a favor de las blancas y no superar la ingesta de 4 raciones de huevos por semana, la ingesta de hidratos de carbono es la más elevada y debe provenir de hidratos de carbono complejos, de absorción lenta, evitando los azúcares, cabe destacar que los hidratos de carbono son la principal fuente de energía de la que dispone el ser humano, entre otro tipo de recomendaciones.

Un ejemplo de un menú basal de una día puede ser el siguiente:

- Desayuno.

Café descafeinado con leche semidesnatada, sobre de azúcar, galletas tipo María, margarina y mermelada.

- Comida.

Judías verdes con patatas.

Ternera asada con champiñones, piña en almíbar de postre y 60 g de pan.

- Merienda.

Café descafeinado con leche semidesnatada, sobre de azúcar (también puede ser una infusión), bollo de pan o galletas.

- Cena.

Puré de fabes pintas, pollo asado con piel y pisto de calabacín.

Fruta del tiempo.

60 g de pan.

5 Discusión-Conclusión

Una cocina hospitalaria debe de contar con la infraestructura adecuada para garantizar dar un servicio de calidad a los pacientes, por lo tanto se deben de mantener reuniones periódicas que permitan analizar diversos campos de mejora, como son las instalaciones, el equipamiento y también la correcta formación del personal que trabaja en una cocina.

Deben de existir protocolos de actuación que permitan agilizar los procesos, garantizando que la comida llegue en perfecto estado de consumo y a una temperatura adecuada.

Es importante también que se ofrezcan charlas formativas explicando el código de dietas a los empleados y que estos también puedan aportar sus conocimientos de trabajo diario en las diversas actualizaciones que se puedan realizar de los menús del hospital

6 Bibliografía

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

Capítulo 242

EL PINCHE DE COCINA Y LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES

MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ

FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ

JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

1 Introducción

La alimentación en el medio hospitalario es esencial para el paciente ingresado, ya que no solo es un recurso para cubrir sus necesidades nutricionales, sino que funciona como un factor esencial que incide directamente en la recuperación y tiempo de hospitalización. Por ello, cada día con más frecuencia, nuevos mecanismos de producción se están incorporando en los hospitales y servicios de salud, dando la importancia que merece a las dietas y a su adaptación individualizada. En el caso que nos ocupa, en un medio sanitario, los alimentos deben tener una calidad higiénicas y nutricionales muy altas. Estos estándares son costosos de alcanzar, debiendo realizar numerosos procedimientos complejos. Por otro lado, no solo el proceso del cocinado será importante, sino también la de distribución,

debiendo asegurar que el alimento llega al consumidor final en un estado óptimo y con un aspecto apetecible.

Por todo ello procederemos a ver las ventajas de la línea fría sobre la caliente, de una manera resumida ya que como es obvio todo el tema de las líneas de producción se puede extender como aparece en los libros en varios tomos, lo que supone que es muy difícil concretar ya que dará lugar a vacíos en algún punto de las líneas de producción.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar las características de la línea fría de producción en el ámbito sanitario, sus fases y equipo necesario para llevarla a cabo.

Objetivo secundario:

- Analizar las ventajas e inconvenientes de esta nueva metodología en comparación con la línea de producción en caliente

3 Metodología

Para responder a estos objetivos se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: sanidad, hospital, sistemas de producción, línea fría, cocina, alimentación. A través de estos términos, se encontraron 13 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

4 Resultados

Se encuentra que las principales fases por las que pasa el alimento en el caso que nos ocupa, son las siguientes: primer lugar, los alimentos deben ser cocinados a una temperatura adecuada, de al menos 70° en el centro del alimento.

En segundo lugar, se comienza con el enfriamiento media hora tras el paso previo, llegando a una temperatura de diez grados en la siguiente hora y media.

Se almacena el alimento a una temperatura de entre cero y tres grados centígrados.

De cara a su consumición, el alimento se regenerará inmediatamente tras eliminar la fase de frío, debiendo llegar su centro a los 65 grados.

Tras finalizar la regeneración, el alimento debe ser inmediatamente consumido.

El tiempo de almacenamiento en frío no debe ser superior a cinco días. De manera añadida, se detecta esencial disponer de un sistema de transporte de refrigeración que mantenga la temperatura del alimento inferior a 3-5 grados.

Las ventajas halladas en relación a este sistema, en comparación con las líneas de producción calientes, son:

Los alimentos pueden ser elaborados con antelación, pudiendo incluso preparar comidas de varios días y conservándolas, posteriormente, a baja temperatura.

El nivel de eficacia y productividad es alto en comparación con la línea de producción caliente, especialmente en instituciones de gran tamaño.

Si todo el proceso de refrigeración se realiza de la manera adecuada, el alimento no perderá sus propiedades nutritivas, organolépticas e higiénicas.

Se eliminan las horas de mayor concentración de trabajo, pudiendo realizar unas jornadas laborales con carga uniforme.

Se facilita ajustar raciones en función de la demanda diaria, pudiendo regenerar solo aquellas que se precisan. Esto, a nivel económico, será importante ya que se reducen los excedentes.

La calidad del alimento y del servicio es similar al de la línea caliente, pues el producto final tendrá una adecuada temperatura y aspecto.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado ampliamente la repercusión positiva de una buena alimentación durante las estancias hospitalarias, mejorando el tiempo de recuperación y el estado de ánimo del paciente. En este sentido, la incorporación de la línea fría ahorra costes tanto monetarios, como de materia prima y consumo energético, a través de un mayor control de gestión y de logística. Esto, permite generar una mayor producción de manera diaria, aumentando de manera paralela la seguridad alimenticia y de los pacientes.

Se concluye que la línea fría es una evolución en la manera de entender el sistema de producción de alimentos en el medio hospitalario. Por ello, funciona como una inversión a medio-largo plazo, pues implica optimizar los recursos disponibles y establece sistemas organizativos del personal que son estables, asegurando así la calidad laboral, ya que se incide de manera directa en la satisfacción del trabajador.

6 Bibliografía

1. Plaza, S. P. R. (2010). Restauración en servicios hospitalarios. Editorial Vértice.
2. Zapatel, M. C. (2013). Alimentación hospitalaria: Dietas hospitalarias (Vol. 2). Ediciones Díaz de Santos.
3. Cañaveras, D. V., & Hernández, J. J. S. (2012). Presente y futuro de la seguridad alimentaria en restauración colectiva. Asociación Española de Normalización y Certificación.

Capítulo 243

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA DIETA IDEAL PARA PACIENTES QUE TOMAN SINTROM

MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ

FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ

JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

1 Introducción

Con el nombre de Sintrom nos encontramos ante uno de los fármacos anticoagulantes más conocidos y consumidos en nuestro país, aunque su nombre comercial sea originalmente Acenocumarol.

El Sintrom es un fármaco anticoagulante, lo que significa que nos encontramos ante un medicamento que ayuda a mantener la coagulación sanguínea de forma controlada, haciendo que se vuelva más líquida. Esto permite prevenir la formación de embolias y trombosis.

Actúa inhibiendo la formación de fibrina, una proteína que conjuntamente con las plaquetas “participan” en la formación de los coágulos sanguíneos. Todo ello con un menor riesgo hemorrágico.

Por todo, son varias las principales indicaciones médicas para la administración del Sintrom: sobre todo en todos aquellos pacientes que presenten un riesgo elevado de formación de trombosis o embolias, así como en caso de trombosis venosas profundas, embolia pulmonar, prótesis valvulares metálicas, arritmias cardíacas, infarto agudo de miocardio, accidente isquémico transitorio, trombofilia hereditaria, miocardiopatía dilatada, fibrilación auricular y valvulopatías. En los hospitales, es muy común, que muchos pacientes tengan prescrito por su médico el sintrom, mayoritariamente en hospitales geriátricos, donde el paciente debido a su edad y otros factores puede padecer una trombosis o embolia.

Pero, ¿es compatible cualquier dieta con este medicamento?

En este capítulo hablaremos de las contraindicaciones alimentarias que podrían darse con ciertos alimentos y como puede influir en el paciente.

2 Objetivos

Conocer las contraindicaciones alimentarias y la no compatibilidad de ciertos alimentos con la medicación del sintrom, así como las consecuencias que pueden derivar en el paciente por el exceso de vitamina K presente en diversos alimentos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como primer asunto a tener en cuenta en la dieta de un paciente que toma sintrom es evitar todos los alimentos ricos en vitamina K, porque al introducirlos de forma brusca o con más frecuencia en su dieta, podría alterar el índice de anticoagulación.

A. Alimentos que si pueden consumirse:

Al no poseer vitamina K, hay ciertos alimentos que pueden agregarse a las dietas de un paciente que tiene pautado sintrom como por ejemplo, champiñones,

rábano crudo, cebolla cruda, maíz, lentejas, patatas, calabaza, berenjenas, calabacín, garbanzos, habas, pimiento rojo, pera, mango, papaya, melocotón, manzana cruda (con piel), nectarina, melón, cerezas, piña cruda, albaricoque, plátano, fresas, sandía, pomelo, naranja, carnes y pescados, huevos, lácteos (yogur, queso y leche), bebidas (café, zumos de frutas, infusiones, refrescos, agua mineral), pasta y cereales (arroz, espaguetis, pan, avena), miel, gelatina, aceite de girasol.

B. Alimentos que no deben o debe reducirse la presencia en las dietas:

La vitamina K contenida en los alimentos afecta a la síntesis de factores de coagulación por parte del hígado. Los alimentos que contienen una alta concentración de vitamina K los puedes consumir una vez a la semana. Los de contenido medio los puedes comer de forma moderada (2 veces/semana). Con sólo 300-600 g de verduras ricas en vitamina K, ya se puede producir una interacción. Como ejemplo podemos incorporar como contenido medio apio, puerro, guisantes, aguacate, mantequilla, tomate, anacardos, avellanas, etc. Y como contenido alto las espinacas, las acelgas, ciruelas, pasas, higos, repollo, brócoli, etc.

C. Recomendaciones para una dieta compatible con la medicación del sintrom:

- En todas las comidas debe existir: proteínas, grasa e hidratos de carbono.
 - No deben mezclarse féculas en la misma dieta: pan, pasta, arroz, patatas, plátano, maíz, remolacha.
 - La preparación de los alimentos debe ser a la plancha, cocidos, al vapor o al horno.
- Evitar preparaciones culinarias que incorporan mucha grasa: fritos, guisos, empanados, potajes, etc.
- Moderar la cantidad de sal. En caso de hipertensión o de retención de líquidos es recomendable la “sal sin sodio”.
 - Evitar utilizar en los menús los alimentos citados anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos comprobar, es de vital importancia la serie de alimentos que deben suprimirse a la hora de elaborar una dieta de un paciente que tiene pautado por el facultativo el sintrom, podrían producirse problemas a nivel de coagulación, y esto, podría causar graves problemas en el paciente y el tratamiento prescrito.

Por este motivo, el pinche de cocina debe conocer correctamente los alimentos que pueden y no deben utilizarse (alimentos con la vitamina K).

Cualquier error que pueda producirse en cocina, puede causar graves consecuencias en la persona que se encuentra hospitalizada, y en este caso, un exceso de

vitamina K a pacientes con una medicación como el sintrom podría causarles graves problemas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 244

EL CELADOR EN NECROPSIAS

ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ

GONZALO RUBIO ARAQUE

LAURA CASERO HERNÁNDEZ

JAIME ORTIZ MARTIN

GELDA VILLAMOR AGUADO

1 Introducción

Algunos hospitales, cuentan con una sala de autopsias, para determinar ciertas muertes extrañas o inesperadas y así, mediante un examen exhaustivo del cadáver por parte del forense, podrían determinarse correctamente las causas de la muerte.

La ley obliga a que en todos los supuestos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad se proceda a la autopsia del cadáver antes de su enterramiento o incineración, tal como se especifica en el artº 343 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

En este tipo de servicios, es imprescindible la figura del celador, ya que es necesario la movilización del cuerpo del fallecido, y si fuera necesario, la ayuda al equipo encargado de averiguar las causas que han llevado al paciente a fallecer. Una autopsia es el nombre con el que comúnmente se conoce al examen de un cadáver para determinar las causas de la muerte, aunque el término correcto para este procedimiento es necropsia. Es un procedimiento ordenado y minucioso,

que incluye la revisión tanto el aspecto externo como la revisión de los órganos internos.

Se define como cadáver, todo cuerpo humano durante los 5 primeros años siguientes a la muerte real. Esta se computará desde la fecha y hora que figure en la inscripción de defunción en el Registro Civil.

A continuación, hablaremos del Estatuto del personal no sanitario (al cual, pertenece el personal del celador):

- El artículo 14.2.20 del Estatuto de personal no sanitario establece que los celadores deberán ayudar a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares en las que no se requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.
- El traslado de los cadáveres al mortuario.
- Extraer el cadáver de la cámara frigorífica y conducirlo a la sala de anatomía patológica.
- Desamortajar el cadáver si procede y prepararlo sobre la mesa de necropsias en posición adecuada para la realización de la autopsia.

La muerte es el cese total de todas las funciones vitales del organismo humano. En los documentos oficiales y partes de defunción es frecuente el término exitus para referirse a momento del fallecimiento; no obstante, también recibe el nombre de defunción, deceso u óbito. La valoración de la muerte es competencia del personal sanitario.

Antes de transportar al paciente a la sala de autopsias, el celador, Según el artº 14.2.19.- Ayudarán a las Enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado.

2 Objetivos

- Definir las funciones que el celador tiene por misión en un servicio tan especial como la sala de anatomía patológica, donde se practican todo tipo de autopsias por parte del forense.
- Conocer la importancia del celador en relación con las autopsias.

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

Vamos a distinguir las funciones del celador en la sala de necropsias:

- Prestarán ayuda durante la realización de la autopsia en las funciones que sea preciso y cuando se use algún tipo de instrumental en el cuerpo a estudio.
- Se encargará de la limpieza de la mesa de autopsia y de la sala de anatomía patológica.
- Se ocupará de trasladar el cadáver al servicio de mortuorios.
- Sacará el cuerpo de las cámaras y lo llevará a la sala de autopsias que se le indique.
- Se hará cargo de preparar todo el equipo de instrumental que se haga necesario y de su limpieza.
- Sí fuese preciso quitará la mortaja al cadáver, lo llevará a la mesa de autopsias indicada y lo colocará en la posición precisa según el tipo de autopsia que se le realice.

Podemos desglosar sus funciones en tres partes esenciales:

1. Antes de la autopsia:

- El celador tiene como primera función en este sentido extraer el cadáver de la cámara frigorífica y, posteriormente conducirlo a la sala perfectamente identificado, eso sí, con nombre y apellidos en un lugar perfectamente visible en el cuerpo del fallecido.
- El celador de anatomía patológica también tiene como función asignada la de preparar el cadáver para realizar la autopsia, desamortajarlo y colocarlo en la posición correcta en todo momento en la mesa de autopsias.

2. Durante la autopsia:

- Tendrá como función auxiliar al profesional o a los profesionales titulados en todas aquellas prácticas que no impliquen en ningún caso hacer uso del instrumental sobre el cadáver. Además, también estará encargado de efectuar los movimientos indicados por el Médico en aquellas prácticas instrumentales que no sean específicas de una persona fallecida necesarias para la práctica de la autopsia.
- También se encargará del pesaje de los órganos, realizar anotaciones e introducir

en cubos herméticos los restos humanos que le requiera el médico anatomopatólogo para su traslado.

- Ayudará al forense a rellenar el cuerpo del cadáver. Suele realizarse con papel.

3. Después de la autopsia:

- El celador, puede proceder a la higiene del cadáver y la adecuación de éste.
- Las zonas, materiales e instrumental utilizados para el procedimiento de la autopsia del cadáver, deben ser limpiados por el celador a cargo de dichas funciones.
- También se encargará de trasladar las muestras recogidas en la autopsia al servicio de anatomía patológica y, además, deberá repartir el resultado de las biopsias y otras pruebas realizadas entre los diferentes servicios del centro sanitario.
- Trasladará, por último, el cadáver al mortuario.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del celador en este tipo de protocolos es de vital importancia, ya no solo para la correcta autopsia del paciente, sino, como apoyo al forense y al equipo encargado.

Sin la participación del celador, la autopsia del cadáver no podría realizarse de una manera fluida y podrían derivarse miles de dificultades.

Para poder realizar estos procedimientos por parte del celador, se requiere una correcta formación y profesionalidad, que solo puede brindar este profesional.

Si no realizara correctamente estos protocolos descritos anteriormente, las consecuencias podrían ser fatales para la necropsia, ya que podrían existir contaminaciones, pérdidas de pruebas, etc.

Incluso, podría no preservarse correctamente el respeto al fallecido.

Es por todo esto, que se debe apreciar las funciones de este profesional, ya que son de vital importancia en muchos de los procedimientos que se realizan en un hospital.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/celador-salas-autopsias-mortuorios/>

<https://revistamedica.com/funciones-celador-sala-de-autopsias/#::text=Se%20encargar%C3%A1%20de%20la%20limpieza,autopsias%20que%20se%20le%20indique.>

http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-2_17.html

<https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-9-CEL-AUTOPSIA-Y-MORTUORIOS.pdf>

Capítulo 245

EFECTOS PERJUDICIALES PARA LA SALUD DE LA EXPOSICIÓN AL ARSÉNICO

JAVIER GONZÁLEZ GARRIDO

1 Introducción

El arsénico es un metaloide (que se comporta, según las situaciones, como un metal o un no metal) presente de manera natural en el medio ambiente (en el suelo, el aire y el agua). En su forma elemental (sólida, de color gris acero) está muy poco presente en la corteza de la Tierra, pero está presente en mayor proporción combinado con otros elementos, constituyendo 3 grupos: gas arsina, que es su forma más tóxica, incluso letal, según exposición; arsénico inorgánico (combinado con oxígeno, cloro y azufre); y arsénico orgánico (combinado con hidrógeno y carbono). La forma inorgánica es mucho más tóxica que la orgánica, en general. Aunque su toxicidad no solo depende del grupo, sino también de su forma química, siendo los compuestos trivalentes más tóxicos que los pentavalentes; de su solubilidad, pureza y tasas de absorción y eliminación.

Podríamos hablar de dos tipos de exposición al arsénico:

La laboral, por trabajos relacionados con la industria minero-metalúrgica de, por ejemplo, cobre, plomo, hierro, cobalto, zinc, carbón, entre otros. O con la fabricación de: semiconductores (en componentes electrónicos e informáticos), diodos láser y diodos emisores de luz (LED), transistores, microondas, munición y gases tóxicos con aplicaciones bélicas, vidrio templado, tratamientos para la madera, plaguicidas, herbicidas y otras muchas actividades.

La ambiental, a la que está expuesta cualquier persona por el mero hecho de vivir en su entorno físico (respirando, comiendo, bebiendo).

La liberación del arsénico al medio ambiente procede de dos fuentes: una natural, como resultado de la erosión y procesos geotérmicos; y otra antropogénica, producida por la actividad del hombre, derivada de las actividades anteriormente descritas.

2 Objetivos

Analizar la posible asociación entre la exposición al arsénico y el riesgo a padecer algunas enfermedades, como distintos tipos de cáncer.

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 intoxicación por arsina es letal al instante por exposición a 250 ppm, también de 25 a 50 ppm durante media hora.

La exposición prolongada (de unos cinco años) a niveles altos de arsénico podría ser precursora de ciertos tipos de cáncer. El arsénico es un carcinógeno conocido en la piel, el pulmón, la vejiga, el hígado y el riñón, y las pruebas sugieren que el cáncer de pulmón es la causa más común de mortalidad relacionada con el arsénico (IARC 2012).

Las personas pueden estar expuestas al arsénico en los alimentos y el agua y por inhalación, por ejemplo, al respirar serrín o humo de la quema de madera tratada con arsénico o cenizas volantes de la combustión de carbón rico en As (ATSDR 2007).

Las pruebas actuales que indican que la exposición al arsénico es un factor de riesgo de cáncer en la población general proceden de estudios ocupacionales

basados en grupos de trabajadores que inhalaron aire contaminado por arsénico y otros productos, y de estudios en lugares con poblaciones expuestas a altas concentraciones de arsénico en el agua potable durante periodos prolongados (Straif et al. 2009). En ellos se ha destacado su asociación con el aumento de la incidencia de cáncer de pulmón, vejiga, piel, riñón, hígado y posiblemente de próstata (Nordstrom 2002).

Un estudio nacional estadounidense realizado en zonas que se consideraba que no tenían fuentes antropogénicas de arsénico informó de que las concentraciones naturales de fondo en el suelo oscilaban entre menos de 1 y 97 mg kg⁻¹ (Shacklette y Boerngen 1984). En otro estudio realizado en España el rango fue muy similar, de 1 a 99,4 mg kg⁻¹ (Locutura et al. 2012). Debido a la baja biodisponibilidad del arsénico en el suelo, se cree que, en comparación con la ingesta de arsénico natural en el agua y la dieta, el arsénico del suelo constituye sólo una pequeña fracción de la ingesta. Además, la concentración de metales pesados en el suelo también determina su presencia en los tejidos animales, y se ha sugerido el uso de biomarcadores en el ganado como forma de monitorizar estos elementos en el medio ambiente.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, el mayor interés en la toxicología del arsénico reside en la exposición derivada de la presencia natural de esta sustancia en los alimentos, el agua y el suelo. Por lo tanto, entender los niveles ambientales que podrían causar problemas de salud pública es un área de investigación crítica.

El escaso número de estudios significa que hay muy pocas pruebas epidemiológicas de la asociación entre los niveles de arsénico en el suelo y la frecuencia de cáncer. Sin embargo, las concentraciones de metales pesados y arsénico en la capa superficial del suelo sirven como indicador de la exposición a largo plazo a estos elementos (Tchounwou et al. 2012). Un estudio reciente sobre los niveles de arsénico en la capa superior del suelo y el cáncer realizado en una provincia de China informó de una asociación con la mortalidad debida a los cánceres de colon, estómago, riñón, pulmón y nasofaringe (Chen et al. 2015)

No existe consenso absoluto en las enfermedades causadas por la exposición prolongada a altos niveles de arsénico inorgánico, pues los síntomas difieren entre personas, zonas geográficas y grupos poblacionales, por lo que el análisis de su repercusión en la salud es complicado.

Tampoco es posible diferenciar los casos de cáncer causados por arsénico de los causados por otros factores, por lo que no existe una estimación fidedigna de la dimensión del problema a escala mundial.

6 Bibliografía

1. V. Ramírez, Augusto. Exposición ocupacional y ambiental al arsénico. An. Fac. Med. Vol.74 n° 3, Lima. Jul./sept. 2013/.
2. Bucio Jurado, Wilfredo. Intoxicación por arsina. Información y presentación de un caso. Rev Med IMSS 2005; 43 (1): 57-60.
3. Gehle, Kim, MD, MPH. La toxicidad del arsénico. Estudios de Caso en Medicina Ambiental (CSEM) . Agencia para sustancias tóxicas y el registro de enfermedades. <http://www.atsdr.cdc.gov/es/csem/arsenico/>.
4. Quansah R, Armah FA, Essumang DK, Luginaah I, Clarke E, Marfoh K, et al. Environ Health Perspect. Association of arsenic with adverse pregnancy outcomes/infant mortality: a systematic review and meta-analysis. 2015;123(5):412-21.
5. Flanagan, SV, Johnston RB and Zheng Y (2012). Bull World Health Organ. Arsenic in tube well water in Bangladesh: health and economic impacts and implications for arsenic mitigation. 90:839-846.
6. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). Arsénico; [actualizado 8 enero de 2021; consulta 6 jun. 2022]; [1 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/arsenic.html/>.
7. Sustancias en el ambiente que causan cáncer – arsénico. Instituto Nacional del Cáncer. 20/03/2015.
8. Podgorski, Eawag. Planeta 2030. Arsénico en el agua: el mayor envenenamiento masivo de la historia. 27/05/2020.

Capítulo 246

AUXILIAR ADMINISTRATIVO: GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ

MARGARITA PATERNA RAMÓN

MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN

MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ

AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ

1 Introducción

En los sistemas sanitarios públicos de cobertura universal, las listas de espera constituyen un claro factor regulador de la demanda. Sin embargo, los tiempos excesivamente prolongados tanto por lo que se refiere a los procedimientos diagnósticos como terapéuticos pueden comprometer sensiblemente el principio de equidad que inspira a estos sistemas sanitarios. En concreto, la lista de espera quirúrgica constituye uno de los elementos de mayor presión a la hora de garantizar una adecuada respuesta a las expectativas de los pacientes.

La existencia de una lista de espera es un indicador de desajuste entre la oferta y la demanda con un exceso relativo de ésta. En los últimos años esta situación se ha agravado debido, en parte, a los espectaculares avances científicos, técnicos y médicos, así como al cambio experimentado por los pacientes en cuanto

a su nivel de exigencia y expectativas ante una enfermedad. Además de estos y otros factores sociales y demográficos que puedan justificar el crecimiento en las listas de espera, al comparar lo que sucede en distintas regiones, o en diferentes hospitales de una misma región, o incluso en las distintas especialidades quirúrgicas dentro de un mismo hospital, se constata una importante variabilidad en la situación de las listas de espera: tamaño de la lista, espera media de los pacientes o tasas de inclusión en lista de espera quirúrgica, entre otros.

2 Objetivos

Explicar e indicar criterios homogéneos para una adecuada gestión de la demanda quirúrgica no urgente en los centros hospitalarios por parte del personal administrativo

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

Actividad Quirúrgica

El auxiliar administrativo como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica es responsable de centralizar y mantener actualizado el registro de los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente, además de facilitar el soporte organizativo e informativo a los servicios, con el fin de agilizar el proceso asistencial del paciente y favorecer una utilización adecuada y eficiente de los recursos del área quirúrgica.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la actividad quirúrgica son:

Inclusión de pacientes en lista de espera quirúrgica.

Preparación para cirugía de los pacientes en lista de espera.

Gestión operativa de la programación quirúrgica.

Registro de salidas y movimientos en lista de espera y de la actividad quirúrgica.

Coordinación y evaluación del proceso asistencial.

Con carácter genérico se define la lista de espera quirúrgica como el conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica. Además, la demora existente no debe estar indicada médicamente, ni ser consecuencia de la voluntad del paciente.

En la lista de espera quirúrgica de los hospitales del INSALUD

SE INCLUYEN:

☒ Todos los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente, para el cual el hospital tiene previsto utilizar quirófano, independientemente de si precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia previsto.

☒ La inclusión en LEQ se producirá en el momento de establecer la indicación quirúrgica cierta.

De acuerdo con lo anterior, se deberán incluir en LEQ todos aquellos pacientes cuya intervención no se lleve cabo durante el episodio de hospitalización en el que se establece la indicación, es decir, el alta hospitalaria se produce con indicación de intervención quirúrgica demorada.

NO SE INCLUYEN, por tanto,

☒ Procedimientos quirúrgicos realizados de forma habitual en una consulta o sala de curas del hospital, por no precisar (con criterios técnicos) de quirófano.

☒ Pacientes intervenidos de forma programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

Ejemplo: Paciente con ingreso por episodio de dolor abdominal. En el transcurso del ingreso se le diagnostica una coleditis, decidiendo el médico que el paciente sea intervenido de forma programada durante el episodio de hospitalización. Este paciente no se incluirá en lista de espera y su intervención será clasificada como intervención quirúrgica programada (intervención incluida en la programación de quirófano, según definición contenida en la normativa sobre Sistemas de Información), no procedente de

LEQ.

INSTANCIAS IMPLICADAS EN LA GESTIÓN

En este apartado se hace referencia, con carácter general, a las tareas y responsabilidades de las distintas instancias implicadas en la gestión de la LEQ. Las responsabilidades específicas se desarrollan en cada apartado.

☒ Equipo directivo del Hospital

- * Responsable último a nivel del centro de la adecuada gestión de la LEQ.
- * Garantiza el cumplimiento de la normativa emanada de la Guía de Gestión de LEQ y las instrucciones y circulares emitidas al efecto.
- * Vela por el cumplimiento de los protocolos de normalización de la actividad

hospitalaria y la práctica clínica que, bajo los auspicios de los Servicios Centrales de el hospital, se elaboren en colaboración con grupos de expertos o sociedades científicas.

* Asigna los tiempos quirúrgicos en relación con la demanda y el catálogo de procedimientos de cada especialidad quirúrgica.

Como criterio general, deberá existir una acreditación documental que justifique el motivo de salida de LEQ. No obstante, en aquellos casos en que esta práctica pueda burocratizar en exceso el procedimiento, como mínimo se realizará una diligencia que incluya:

- Fecha de contacto con el paciente o familiar
- Persona que comunica el motivo de baja
- Motivo de salida de LEQ
- Procedimiento de notificación (teléfono, visita personal, ...)
- Profesional que registra la baja e identificación del responsable de esta.

5 Discusión-Conclusión

La difusión de la Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica ha estado precedida de un profundo debate sobre su contenido, en el que han participado miembros de los

Servicios Quirúrgicos de los hospitales, el Consejo Ejecutivo y a través de él representantes de los agentes sociales y de las Asociaciones de Consumidores. Corresponde ahora a los equipos directivos y profesionales de los hospitales implantar los criterios en ella contenidos, y aportar sugerencias sobre aquellos aspectos que en el día a día son objeto de su trabajo, con el fin de hacer realidad el compromiso de mejora continua en la gestión y disminución de la demora quirúrgica.

6 Bibliografía

1-<https://www.comunidad.madrid/hospital/principeasturias/profesionales/servicios-centrales/admision-documentacion-clinica>

Capítulo 247

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ

MARGARITA PATERNA RAMÓN

MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN

MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ

AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ

1 Introducción

El servicio de Admisión y Documentación Clínica Es la Unidad encargada de articular en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada del área de salud, la ordenación, coordinación y priorización de las actividades que se producen entorno a la asistencia médica con el fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial, garantizando así el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

Además, es necesario disponer de sistemas de información homogéneos, fiables y suficientes, que posibiliten los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento y utilización y los controles de demanda asistencial, garantizando la protección de los datos y el derecho a la intimidad de los pacientes.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica constituye esta estructura de apoyo en el hospital, basada en el concepto de gestión de pacientes como área responsable de gestionar el flujo de los mismos por los distintos servicios que la Gerencia de Atención Integrada ofrece, así como tramitar su documentación clínica, y la información asistencial generada.

Para la organización del servicio resulta imprescindible disponer de una serie de instrumentos y requisitos básicos de infraestructura y organización: formación continuada del personal auxiliar administrativo. definición y creación de ficheros y registros de acuerdo a la información que se desea manejar establecimiento de los circuitos internos de comunicación y control de los procesos desarrollo de un software básico de apoyo a la actividad interna del servicio, abierto y modificable en el tiempo para su adaptación a las necesidades de cada momento.

2 Objetivos

Establecer las diferentes funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 auxiliar administrativo de la salud como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica tiene que integrar los contactos y movimientos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada. Sus funciones están orientadas hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al usuario, teniendo una función moduladora y facilitadora de las tareas asistenciales de los servicios clínicos.

En las diferentes áreas básicas de atención (hospitalización, urgencias y atención ambulatoria), deberá desarrollar funciones y tareas encaminadas a:

Gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de pacientes, con el fin de facilitar y garantizar una sencilla y ágil accesibilidad.

Organización y evaluación del proceso asistencial, manteniendo la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y favoreciendo una adecuada y eficiente utilización de los recursos.

Obtención de datos que ofrezcan al hospital información sobre la demanda existente y la actividad asistencial realizada.

Hospitalización

El auxiliar administrativo como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica tendrá que regular los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como la actividad de las unidades asistenciales.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la hospitalización son:

- Solicitud y programación de ingresos.
- Gestión de camas.
- Registro del episodio de hospitalización.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial

Atención Ambulatoria

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica regula y programa el acceso a la atención sanitaria ambulatoria en el hospital y centros de especialidades dependientes de él. Incluye la gestión de pacientes en consultas externas, hospital de día y los procedimientos diagnóstico- terapéuticos que requieran programación previa.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la atención ambulatoria son:

- Programación y gestión de agendas.
- Gestión operativa de la solicitud de cita.
- Difusión de la actividad programada
- Registro de la actividad.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial.

Urgencias

Desde el Servicio de Admisión y Documentación Clínica se da apoyo organizativo a la demanda de atención en la unidad de urgencias del hospital, proporcionando el soporte organizativo e informativo preciso para garantizar una adecuada asistencia de los pacientes.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la unidad de urgencias son:

Registro del episodio de urgencias

Coordinación organizativa del proceso asistencial

Derivaciones intracentros

El auxiliar administrativo como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica debe coordinar las solicitudes de asistencia urgente y programada entre centros y debe valorar la adecuación de las mismas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento, facilitando el soporte organizativo e informativo necesario que permita mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la derivación de inter-centros son:

Recepcionar y registrar las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o desde este a otros centros.

Gestionar las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o a otros centros en función de criterios y prioridades establecidas por el hospital.

Establecer las vías de comunicación y coordinación con otros centros y niveles asistenciales para la gestión de aquellos casos que precisen una asistencia urgente en otro centro o una continuidad en su atención.

En el proceso de derivación de pacientes quirúrgicos a otros centros, asumir, de forma general, las siguientes tareas: Seleccionar coordinadamente con los servicios quirúrgicos, los pacientes para derivación, de acuerdo a los procedimientos establecidos; Realizar el aviso y localización del paciente para la propuesta de derivación.

Tramitar las solicitudes de asistencia, así como la documentación clínica necesaria, garantizando la confidencialidad de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Se hace necesario la creación de una guía que contribuya a la normalización de las funciones que el auxiliar administrativo de la sanidad debe desempeñar dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, promoviendo nuevas líneas de actuación en el campo profesional de la admisión y la documentación clínica. La información generada en dicha guía proporcionará las bases para la formación

y la distribución de los recursos humanos de forma óptima.

Su aplicación contribuirá a la unificación y normalización de los contenidos de la actuación profesional. En una época en la que los usos y costumbres sociales, debido a las nuevas tecnologías, impulsan una evolución de consecuencias imprevisibles, el recuerdo de lo que es una buena metodología y cómo debe transmitirse la misma, es un ejemplo a seguir por cualquier profesional que pretenda ser riguroso en su trabajo.

6 Bibliografía

- 1-López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
- 2-Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
- 3-Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. Cuadernos de bioética, 17(1), 57-68

Capítulo 248

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GRAN IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA POSTURA EN SUS HORAS DE TRABAJO EN LOS CENTROS SANITARIOS

JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ

MARGARITA PATERNA RAMÓN

MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN

MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ

AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ

1 Introducción

La higiene postural tiene como objetivo el correcto mantenimiento de la posición del cuerpo para evitar lesiones.

Mucho de nuestro tiempo lo pasamos en la jornada laboral y dependiendo de las tareas que tengamos que realizar adoptamos una postura u otra, lo que hace que tengamos que conocer como cuidar nuestra columna y evitar forzar posturas inadecuadas desencadenará problemas de espalda.

En la actualidad un porcentaje muy alto de trabajadores, como son los auxiliares administrativos, realizan su trabajo sentados frente al ordenador y realizando llamadas, además necesitando un espacio adecuado para escribir, una luz adecuada, etc. Eso no siempre es así y por ello nos lleva a realizar posturas inadecuadas que acabamos resintiéndolo físicamente.

Debemos adoptar las medidas que recomiendan los expertos como por ejemplo los fisioterapeutas para evitar los daños producidos por las malas posturas o en el caso de que aparezcan mitigar sus síntomas para mantener nuestra productividad y evitar el absentismo laboral.

Debemos tomar unas medidas especiales respecto al entorno de trabajo, mobiliario, equipos con los que trabajamos para tener una higiene postural sana, así como llevar un estilo de vida adecuado evitando el sedentarismo que es muy perjudicial al igual que lo comentado anteriormente.

Realizar descansos cada cierto tiempo tanto físicos como visuales es muy importante para prevenir los daños mencionados, así como un entorno de trabajo agradable sin estrés para evitar estar tensos.

2 Objetivos

- Explicar las posturas adecuadas que debemos adoptar para tener una correcta higiene postural.
- Conocer qué debemos tener en cuenta para que nuestro lugar de trabajo sea apropiado para nuestra espalda.

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 higiene postural son normas, consejos y actitudes posturales, tanto estáticas como dinámicas, encaminadas a mantener una alineación de todo el cuerpo con el fin de evitar lesiones. Su objetivo es aprender una serie de normas y adquirir

unos hábitos para ayudar a proteger la espalda a la hora de realizar actividades en el trabajo y en la vida diaria.

Existen estas recomendaciones entre otras para prevenir la fatiga postural:

- Mantener una postura correctamente frente al ordenador.
- Evitar girar el tronco.
- Evitar el estatismo postural.
- Hacer relajaciones cada cierto tiempo.
- Tener un estilo de vida adecuado.

La carga que soporta nuestra columna vertebral en posición sentada es de 145 kg aproximadamente con lo cual después de 8 horas de trabajo de un auxiliar administrativo es bastante lesivo.

Debemos de tener el material adecuado para evitar la fatiga postural:

- Mesa de Trabajo debe de tener espacio suficiente para colocar todos los elementos necesarios para el trabajador.
- Silla de trabajo que nos permita sentarnos correctamente con la espalda recta apoyada en el respaldo y es recomendable reposabrazos.
- Reposapiés, se recomienda su uso cuando los pies no se apoyan bien en el suelo.
- La pantalla del ordenador debe estar frente a nosotros evitando así tener el cuello girado constantemente, se deben evitar reflejos.
- El teclado deberá ser inclinable e independiente de la pantalla.
- El teléfono, la impresora y demás aparatos deben estar a nuestro alcance para evitar posturas que puedan dañarnos la espalda, hombros, etc.

Se debe disponer de un espacio amplio y adecuado para poder escribir sin realizar malas posturas que nos lesionen. Los aparatos como teclado y ratón también deben estar colocados adecuadamente para evitar lesiones en muñecas y dedos. Es muy importante garantizar la ergonomía para nuestro puesto de trabajo pero además debemos cuidar nuestra higiene postural realizando descansos de 10 minutos a la hora para hacer estiramientos que rompan con la postura mantenida en esa hora de trabajo.

También es esencial el descanso visual apartando la vista de la pantalla 5 minutos por cada media hora de trabajo. Ajustar el brillo de la pantalla, evitar los reflejos y colocarnos a 50 cm de distancia de ella también nos ayudará.

5 Discusión-Conclusión

Una buena higiene postural es agradable para el entorno de trabajo y un diseño ergonómico adecuado de ese entorno de trabajo favorece el desarrollo pleno de nuestras actividades diarias y por tanto de nuestra productividad evitando daños.

El 50 % de las bajas laborales corresponden a problemas músculo-esqueléticos producidos en su mayoría por las malas posturas adoptadas en nuestro trabajo y en nuestra vida cotidiana. Es la segunda causa crónica.

Debemos adoptar las medidas que nos recomiendan los profesionales de la salud para evitar estos problemas y en el caso de que aparezcan, mitigar sus efectos y que no nos impidan realizar nuestras tareas.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. www.fisiolledo.com

Capítulo 249

EL PINCHE DE COCINA Y LA DIVERSIDAD DE DIETAS PARA ENFERMOS INGRESADOS EN CENTROS HOSPITALARIOS

VANESA GARRIDO HERRERA

MARÍA NIEVES VALLE

MARTA GARRIDO HERRERA

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

JORGE ROMERO MATEO

1 Introducción

El objetivo del servicio de alimentación de los hospitales es dar respuesta a la necesidad de alimentación de pacientes hospitalizados en centros asistenciales hospitalarios con alimentos en óptimas condiciones alimentarias e higiénico sanitarias, en las mejores condiciones de temperatura y en el intervalo horario de realización de las comidas diarias.

Para que dicha función se realice de manera óptima, es imprescindible la presencia de profesionales que coordinadamente hagan que la alimentación, base del bienestar objetivo y subjetivo del enfermo en ambientes hospitalarios, se desarrolle con normalidad y en horarios fijos cuando sea necesario. Se pueden mencionar los principales profesionales:

Médicos especialistas en endocrinología. ☒ Dietistas. ☒ Cocineros. ☒ Pinches. ☒ Enfermeras. ☒ Auxiliares de enfermería, etc.

Aunque el presente estudio se centra en el profesional mas cercano a la materia prima con la que se desarrollan los platos de alimentos, el que manufactura esos productos y que posteriormente serán ofrecidos a personas hospitalizadas, no es otro que el Pinche de Cocina.

Los Pinches de Cocina en el ámbito hospitalario, también denominados Auxiliares o ayudantes de Cocina, son el personal funcionario no sanitario que sirve de apoyo en la elaboración y preparación de los platos de cocina para los enfermos. Un Pinche de Cocina trabaja siempre bajo la supervisión de un cocinero el cual posee la experiencia de elaboración y gestión de comidas del centro hospitalario.

Este o esta profesional, es la mano ejecutora, el nexo entre los médicos especialistas y los alimentos que posteriormente alimentarán durante días o meses a los pacientes hospitalizados.

La diversidad de dietas que pueden existir en un hospital depende mucho del tipo de enfermedad que padezca el paciente, si bien se encuentra el menú base, Dietas terapéuticas. ☒ Dietas basales. ☒ Dietas pediátricas, existen otras que debido a su importancia se describen algunas a continuación:

Dietas trituradas, ricas en fibra, sin gluten, astringente, pobre en calcio, en potasio, diálisis, diabética, hiperproteica, etc.

También cabe destacar las dietas que dependiendo de la sensibilidad de la dirección hospitalaria pueda ofrecer a personas con creencias y religiones y por tanto se recomiende el no uso de ciertos tipos de carne (la de cerdo por ejemplo) que para ciertas culturas es irrenunciable, todo esto si se solicita.

2 Objetivos

-Estudiar las diversas opciones alimentarias posibles para su inclusión en el sistema hospitalario con el objeto de dar un servicio de calidad a los pacientes ingresados según las necesidades individualizadas de cada paciente, y dar instrucciones a los Pinches de Cocina que llevarán a cabo para así favorecer su recuperación y su correcta y saludable alimentación.

Dar a conocer unos conceptos básicos sobre alimentación, y terminología técnica básica sobre enfermedades y alimentos recomendados y desaconsejados para los diversos tipos de trastornos, enfermedades y dolencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio se ha llevado cabo una revisión bibliográfica de publicaciones del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España e instrucciones del Fondo Social Europeo de la Unión Europea, SEPE servicio público de empleo estatal y además de búsqueda de información de textos en páginas web relacionadas relacionadas con el tema a desarrollar y se menciona en el apartado final de este estudio.

4 Resultados

El Menú, que debe ser elaborado, cocinado y emplatado por el personal de Pinches de Cocina, se debe realizar en base a una Dieta diaria confeccionada. Si bien antes, el equipo encargado del desarrollo de menús debe desarrollar el planing para dar respuesta a la variedad de dietas necesarias. También es importante hacer rotaciones de menús para evitar repeticiones en la comida de los pacientes durante su estancia, siendo en última instancia el personal de Pinches de Cocina los que estarán al tanto de dicha obligación. Como la estancia media de los pacientes ha disminuido mucho en los últimos años, la rotación de menús también ha disminuido en la misma medida. Para la elaboración de los menús es habitual tener en cuenta la cultura y costumbres gastronómicas de la zona, las creencias religiosas de los pacientes, la disponibilidad de infraestructuras, la existencia o no de menú opcional, etc. Es frecuente asimismo disponer de menús especiales en fiestas específicas: Semana Santa, Día de la Comunidad Autónoma, Navidad, Año Nuevo, Días de Reyes, etc.

De la misma manera, se dispone igualmente de un menú de invierno y otro menú de verano. Los menús tienen cuatro ingestas: desayuno, comida, merienda y cena. Habitualmente se puede dar al paciente algún tipo de refrigerio al final del día. Todo esto debe pasar por las manos de de los Pinches de Cocina por tanto una cantidad necesaria de estos profesionales es fundamental para el buen funcionamiento del servicio.

En cuanto a la distribución a las plantas de hospitalización se realiza mediante carros de transporte. La bandeja de comida del paciente, por tanto, sale preparada desde la cocina por los Pinches de Cocina, sin necesidad de realizar ninguna otra manipulación de los alimentos durante las operaciones de distribución.

5 Discusión-Conclusión

Las administraciones públicas, deben velar por la formación de los Pinches de Cocina y su desempeño profesional, debe existir un número adecuado de profesionales por turno de trabajo para dar servicio a los pacientes ingresados y posibles nuevos ingresos con las características personales y su casuística única. La formación y por ende la correcta realización de la labor profesional de los Pinches de Cocina, es imprescindible para el mantenimiento de calidad de la sanidad pública y privada , tanto es así que su inexistencia sería inviable.

En cuanto a su labor como miembros activos de los tratamientos alimenticios que reciben los pacientes hospitalizados y demás personal autorizado para consumir estos alimentos, debe ser valorada también por su función social ya que deben poseer conocimientos de las diferentes dietas para los diversos perfiles de los pacientes, planificación y ayuda en la elaboración de los menús, organización de pedidos para los diversos estilos de cocina, y de los tratamientos especiales de los alimentos.

6 Bibliografía

https://www.sepe.es/contenidos/observatorio/perfiles/pdf/Ayudantes_cocina.pdf

Capítulo 250

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

GLORIA MARTINEZ HUECAS

1 Introducción

Si hacemos un balance del tiempo que pasamos en el trabajo nos daríamos cuenta que ocupa una parte muy importante de la vida de una persona, ya que, las horas que se destinan a la jornada laboral son muy elevadas. Por lo tanto las condiciones laborales repercuten sobre otros aspectos vitales, como pueden ser en la salud, y se puede llegar a crear cuadros de síntomas característicos como el Burnout.

El Síndrome de Burnout, también aparece en el personal Auxiliar Administrativo en Sanidad, podemos reseñar que se caracteriza por un cansancio emocional, despersonalización y pérdida del sentimiento de realización personal. En los profesionales que más frecuentemente suelen darse estos síntomas son en las profesiones asistenciales y de contacto interpersonal, ya que intervienen también otros factores de índole laboral.

Si hacemos un recorrido por la historia del término Burnout, podemos reseñar que fue propuesto por primera vez en 1974 por Freudenberger, que describía como un cuadro sintomático que aparece en respuesta al estrés laboral crónico, componiéndose de tres partes: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Lo que nos conduce a una evaluación negativa de uno mismo y creando una gran insatisfacción con sus logros en el trabajo.

Normalmente es en las personas que trabajan en contacto continuo y directo con otras personas en las que suelen aparecer en algún momento de su vida el síndrome de Burnout.

Los puestos de trabajo que están de cara al público, entre ellos el Auxiliar Administrativo en Sanidad, tienen que enfrentarse diariamente a los problemas emocionales, sociales o físicos de los pacientes, que vienen acompañados de emociones de enfado, frustración o desesperación.

2 Objetivos

- Analizar el Síndrome del Burnout en el Auxiliar Administrativo en Sanidad.
- Describir el concepto de síndrome de Burnout
- Conocer los condicionantes del síndrome de Burnout

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: Burnout, auxiliar administrativo, síndrome del quemado y sanidad.

4 Resultados

Después de revisar la bibliografía pertinente al tema que estamos investigando podemos reseñar sobre el Burnout o también conocido como síndrome del quemado o síndrome de estar quemado en el trabajo, que como características principales se pueden reseñar el estado de agotamiento físico, emocional y mental que se encuentran vinculados con el ámbito laboral, el estrés ocasionado por el trabajo y el estilo de vida del empleado.

Todo esto puede conllevar a consecuencias muy graves, tanto en la esfera física como psicológica.

Si resumimos los síntomas del Síndrome podemos clasificarlos en dos de los síntomas más comunes son depresión y ansiedad, que suelen o pueden cursar como motivos propios de una baja laboral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016 prevé que para este año 2022, el estrés sería considerado como el gran problema de salud pública del siglo XXI,

lo que podríamos denominar como la "Peste del siglo XXI".

Todas las investigaciones consultadas señalan que existe una relación importante entre Burnout y los factores relacionados con la salud, y podemos poner el sueño como un ejemplo significativo, teniendo una mayor latencia, más despertares nocturnos, menos horas de sueño y por lo tanto, peor calidad de sueño.

Las variables que se pueden reseñar como importantes y que tienen más consideración con el Burnout son el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad.

Las investigaciones y los estudios reseñan que cuanto más positivo es el clima laboral, el bienestar y la satisfacción laboral, menor es el estrés que los trabajadores encuentran en su puesto de trabajo.

Pero también podemos señalar otra variable como la precariedad laboral, que tiene una estrecha relación con el clima laboral, el bienestar y la satisfacción laboral, ya que existe una relación importante y significativa entre precariedad laboral y Burnout.

Si nos centramos en la relación del tema que estamos tratando con la categoría que queremos investigar (Los Auxiliares Administrativos en Sanidad) podemos reseñar que tienen una demanda altísima de trabajo ya no solo en ese trabajo intenso durante horas o el gran volumen de datos que barajan sino también los turnos rotatorios. Un trabajador expuesto a esas condiciones continuamente es muy probable que desemboque en un bajo rendimiento, en un enlenteciendo en la toma de decisiones y que esté expuesto a cometer un número mayor de errores.

Podemos recomendar para controlar este síndrome de Burnout en el Auxiliar administrativo, un buen afrontamiento psicológico y otras variables personales que se deben de poner en marcha.

Reseñamos algunas medidas para evitar o controlar que aparezca el síndrome:

- Tener tiempo para descansar. El descanso ayuda a recuperar fuerzas y bajar los niveles de activación.
- Tener tiempo para el ocio.
- Disfrutar de la familia y amigos.
- Evitar la sobreinformación (no llevarse el trabajo a casa).
- Valorar cuáles son los mayores estresores, y estudiar y poner en práctica las actuaciones que puedan disminuir el impacto y mejorar la situación.

- Hablar sobre las emociones y sentimientos fuera y dentro de tu trabajo.
- Priorizar y organizar el trabajo.
- Orientar la atención a lo que sí se puede hacer.
- Llevar a cabo técnicas de relajación.
- Mantener un ambiente laboral agradable.
- Evitar conflictos con los compañeros.
- Apoyarse en los compañeros que tengan más energía en ese momento.
- Solicitar ayuda psicológica.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la problemática del Burnout está creciendo constantemente, ya que la gran cantidad y diferencia de labores sobrecargan a los Auxiliares Administrativos en Sanidad, por lo que llegan a contraer estrés crónico teniendo como consecuencia dejar el puesto de trabajo por síntomas como desmotivación, insatisfacción y agotamiento emocional.

Por lo tanto el Auxiliar Administrativo en Sanidad es un personal muy vulnerable a sufrir dicho síndrome.

Como ya hemos desarrollado anteriormente el Auxiliar Administrativo, al desarrollar su profesión en un ambiente sanitario, tiene añadida una carga mental que puede conllevar situaciones de estrés y agotamiento.

Podemos resumir de manera general que las personas que desarrollan su profesión en contacto estrecho y de cara al público están más predispuestas a sufrir estrés laboral, siendo el caso del Auxiliar Administrativo en Sanidad uno de ellos.

Por lo tanto es importante identificar esta situación a tiempo y tomar las medidas oportunas para mitigar este síndrome.

6 Bibliografía

- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y trabajo*, 11(32), 37-43.
- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 36-37.

- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., & Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina interna de México*, 28(6), 579-584.
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista española de salud pública*, 71, 293- 303.
- Salanova, M., & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout.
- Tesillo, S. Y. F., & Martínez, A. O. R. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud*, 28(1), 63-72.
- Lascano Gallegos, J. J. (2008). Prevalencia del síndrome de Burnout en personal médico, de Enfermería y administrativos del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante período de abril-mayo 2008 (Bachelor's thesis, QUITO/ PUCE/ 2008).
- Rodríguez, C., & Aracelli, S. (2018). Clima organizacional y burnout en personal administrativo, de salud y técnicos de una empresa en Lima Metropolitana.

Capítulo 251

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS AGRESIONES EN SANIDAD

GLORIA MARTINEZ HUECAS

1 Introducción

En estos últimos años ha ido aumentando la violencia tanto física como verbal al auxiliar administrativo por parte de los pacientes como de sus familiares o acompañantes, al ser la primera persona con que tienen contacto a la llegada al centro sanitario.

Las agresiones se pueden clasificar en físicas o verbales siendo las agresiones físicas más peligrosas y de mejor y más rápida identificación que los abusos verbales o las amenazas que se consideran también perjudiciales para la salud ya que provocan ansiedad y estrés.

Se realizó un estudio, por la central sindical independiente y de funcionarios (CSIF), sobre agresiones en el ámbito sanitario realizado a 5127 profesionales de este sector (auxiliar administrativo) en España dando como resultado que 8 de cada 10 trabajadores han sufrido alguna agresión en los últimos 5 años siendo las mujeres las principales víctimas al considerarse más vulnerables a este tipo de agresiones.

En base a este tema y a nivel general se debe tener en cuenta la creciente agresividad de la gente ya que es una realidad notable el hecho de que se han incrementado las agresiones hacia el personal sanitario más concretamente al administrativo considerando una serie de pautas para intentar conseguir frenar esta conducta agresiva de la gente.

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, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud”.

2 Objetivos

Poner de manifiesto el problema que suponen las agresiones al personal auxiliar administrativo en sanidad.

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: agresión, auxiliar administrativo, sanidad y conflicto.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos de manera diaria tratan con pacientes conflictivos y complejos ya que con su comportamiento hacen sentir frustración, enfado o agobio.

Según las bibliografías consultadas, cuando nos enfrentamos con este tipo de personas complicadas, gruñonas e inseguras, pesimistas o con la creencia de la verdad absoluta, hay una serie de patrones a seguir:

- Empatía:

La dificultad se ve diferente dependiendo del momento, nos puede ayudar compartirlo con otra persona para tener otra visión y ponernos en el lugar de la otra persona para saber realmente lo que está sintiendo y entender la percepción del conflicto. Es importante no cambiar a la persona.

Mucha veces imponemos a las personas como queremos que no se comporten o que se comporten como nosotros queremos.

- Evitar situaciones conflictivas

Si tratamos, ya de por sí, con una persona conflictiva lo primero que debemos hacer es reconocerlos en el momento para explicarle de otra manera la situación poder finiquitar el enfadado. Es cierto que este tipo de pacientes no buscan llegar a un acuerdo si no mantener su opinión y es importante no tomarlo como algo personal ya que corremos el riesgo de perder el control de la situación.

- Actuación ante una agresión

Lo primero es comunicarlo de manera inmediata al superior explicando todo lo sucedido. Si ha sido una agresión física será examinado por un médico, donde solicitará la realización de un informe que refleje las causas de la asistencia y las lesiones que se han producido. Además de la necesidad de elaborar junto con su superior un informe lo más riguroso posible sobre los hechos producidos.

- Poner la correspondiente denuncia

Podemos resumir algunas medidas preventivas para disminuir e incluso evitar agresiones, como pueden ser:

1. Mamparas de seguridad.
2. Carteles informativos.
3. Eliminar objetos cercanos que puedan ser usados como armas arrojables

4. De tipo Técnico:

- Guardar una distancia de seguridad
- Tono de voz adecuado y actitud serena
- No discutir ni responder a la amenaza de la misma forma

5. De tipo Personal:

- Mantener la calma
- No responder a las provocaciones
- Tono neutro y profesional (para evitar aumentar la agresividad)

6. Ante una agresión se recomienda:

- Dar por finalizada la discusión
- Localizar forma de huida

- Usar timbre de alarma (si se tiene)

7. Si aún así la actitud violenta persiste:

- Mantener la calma
- No responder a las provocaciones
- Dar por finalizada la discusión
- Localizar forma de huida
- Usar timbre de alarma (si se tiene)

5 Discusión-Conclusión

Tras revisar todas las bibliografías se puede concluir que el estrés y la violencia se han extendido en el sector sanitario.

Las agresiones, por naturaleza, son imprevisibles por lo que es imprescindible formar o educar al personal sanitario desde el inicio en la carrera profesional para distinguir y conducir las agresiones y resolver conflictos.

En base a esto podemos resumir que el resultado de una mala organización en los centros y las listas de espera es una de las causas que hace que aumente el número de agresiones en centros sanitarios ya que contribuyen a la desesperación del paciente.

No sería de justicia sólo acusar a los pacientes de su culpa ante las agresiones ya que en ocasiones los trabajadores sanitarios no actúan correctamente en el trato con el paciente puede deberse a la inexperiencia en el trato con el público o por falta de empatía lo que puede provocar también conflictos.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com>
- <https://coachdelaprofesional.com>
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre Violencia y Salud.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud (2019)
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.
- <https://osha.europea.eu/es/publications/factsheets>

Capítulo 252

¿QUÉ SUPONE EL PROBLEMA DE LA CARGA MENTAL EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN SANIDAD?

NIEVES POLA FERNANDEZ

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS

ANA MARÍA PARRA LIZANO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

La carga mental del auxiliar administrativo en su puesto de trabajo es un estado que sufren muchos trabajadores. Puede ser debido a la excesiva carga de trabajo, que en ocasiones se encuentran en su puesto de trabajo. Esto, unido a otras circunstancias y condicionantes que giran alrededor del puesto de trabajo del auxiliar administrativo, pueden dar lugar a desencadenar una fatiga mental en el trabajador. Señalar que la fatiga mental se puede entender como la disminución de la capacidad mental y física de la persona después de haber realizado un trabajo durante un período de tiempo determinado.

Los efectos que puede llegar a generar esto en la persona del auxiliar administrativo, son disminución del nivel de atención, sueño, cansancio, torpeza en

la realización de las actividades a desarrollar, así como una disminución en el rendimiento del trabajador.

Cuando el individuo se encuentra en este estado, el nivel de motivación baja, llegando incluso a desaparecer en ocasiones, puesto que este estado por parte del trabajador, está íntimamente relacionado con la motivación. Ya que, a mayor carga mental, más fatiga mental y menor motivación, impidiendo que el individuo desarrolle su trabajo de la forma más adecuada. Por lo que lo adecuado sería encontrar unas estrategias que ayudasen al trabajador a combatir esa carga mental, y con ello todo lo que la misma lleva aparejado.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo va a ser el de dar una explicación de lo que es la carga mental, qué supone para el auxiliar administrativo en su día a día.

Describir la diferencia entre lo que es la carga mental y el estrés para que no haya confusión alguna.

Proponer unas medidas para que no se produzca la carga mental.

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 carga mental del trabajo, la podemos definir como un estado cognitivo, el cual viene caracterizado por un modo de procesamiento y un patrón de actividad conductual y emocional que se produce en la figura del trabajador como consecuencia a las demandas físicas, psíquicas, organizativas y también sociales que le generan al trabajador el desarrollo de las tareas que forman su puesto de trabajo.

Señalar que esa carga mental va a depender y mucho, no solo de las tareas que componen el puesto de trabajo del individuo, sino también del estado psíquico y psicológico en el que se encuentre el trabajador.

Señalar que, desde el punto de vista ergonómico, la carga mental está relacionada con el proceso de tratamiento de información. Y también con el grado de responsabilidad en el trabajo, puesto que a mayor responsabilidad hay mayor grado de atención. Un elemento a tener en cuenta en este tema, es que aumenta a sus niveles más altos, cuando los recursos y capacidades con los que cuenta el trabajador se hacen escasos cuando la actividad se desborda. La clave a la hora de diferenciar la carga mental del estrés, es que el estrés es la sensación por parte del individuo de no poder dar respuesta al trabajo, a las tareas a desempeñar. Mientras que la carga mental es el esfuerzo que el trabajador realiza para desempeñar sus tareas. *Entre las fuentes que determinan la carga mental podemos destacar tres fundamentales:

1. Factores individuales: Edad, preparación, fatiga...

2. Condicionantes organizacionales y extralaborales: Como organizacionales, el estrés a la hora de organizar las tareas a desempeñar, así como los conflictos de rol. Mientras que como extralaborales, tenemos las circunstancias personales de cada individuo.

3. Las exigencias del trabajo: las cuales intervienen muy directamente en la carga mental.

*Respecto a las técnicas de medida de la carga mental, tener en cuenta tres:

1. Técnicas fisiológicas: Destacando el ritmo cardiaco y la pupilometría (análisis de los movimientos de la pupila).

2. Técnicas conductuales: Destacando el método de la doble tarea (el trabajador va desarrollando sus tareas habituales y poco a poco vamos añadiendo las nuevas. Mientras vaya desarrollando todas las tareas adecuadamente la carga es aceptable. En el momento que comete errores, la carga mental ya habrá sobrepasado su límite).

3. Técnicas subjetivas: Destacando los autoinformes y cuestionarios, para poder analizar el nivel de carga mental que sufre la figura del trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis que se ha llevado a lo largo del capítulo, se puede llegar a la conclusión, que la carga mental es un estado que muchos auxiliares administrativos pueden llegar a padecer en su puesto de trabajo en nuestro caso sanitario. Y todo ello debido a múltiples aspectos, como puede ser la complejidad de las tareas a realizar, la responsabilidad, la naturaleza de las tareas, la presión del trabajo, los aspectos ambientales, los aspectos organizativos (turnos, horarios, etc), el nivel de atención que requiere el trabajo, así como los aspectos ergonómicos.

Respecto a los aspectos ergonómicos, señalar que los ordenadores son una herramienta de trabajo utilizada en el puesto de trabajo de los auxiliares administrativos, los cuales disminuyen la carga de trabajo de los mismos. Pero que deben ser utilizados de la manera adecuada, para que estos lleguen a disminuir la fatiga mental.

Se debe ofrecer formación en este aspecto como medida preventiva de esta dolencia.

6 Bibliografía

1. La Carga Mental y la Fatiga Laboral: Teoría y Evaluación. José Luís González Gutiérrez, Bernardo moreno Jiménez y Eva Garrosa Hernández (Editorial: Pirámide. 2005).
2. La Carga Mental de Trabajo. Dolores Hernández Fernaud, Estefanía Rolo González y Gladys Díaz Cabrera.
3. El Real Decreto 488/1997 de 14 de Abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

Capítulo 253

EDUCACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO PARA REALIZAR UNA ÓPTIMA HIGIENE POSTURAL

NIEVES POLA FERNANDEZ

JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS

ANA MARÍA PARRA LIZANO

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

La higiene postural tiene como objetivo el correcto mantenimiento de la posición del cuerpo para evitar lesiones.

Mucho de nuestro tiempo lo pasamos en la jornada laboral y dependiendo de las tareas que tengamos que realizar adoptamos una postura u otra, lo que hace que tengamos que conocer cómo cuidar nuestra columna y evitar forzar posturas inadecuadas desencadenará problemas de espalda.

En la actualidad un porcentaje muy alto de trabajadores, como son los auxiliares administrativos, realizan su trabajo sentados frente al ordenador y realizando llamadas, además necesitando un espacio adecuado para escribir, una luz adecuada, etc.

Si hiciéramos esto adecuadamente no tendríamos problemas de higiene postural y evitaríamos gran cantidad de dolencias musculares y otros problemas derivados de las malas posturas.

Tenemos que tomar una serie de medidas preventivas para prevenir malas posturas en el trabajo para que no padezcamos de dolencias innecesarias.

Debemos tomar unas medidas especiales respecto al entorno de trabajo, mobiliario, equipos con los que trabajamos para tener una higiene postural sana, así como llevar un estilo de vida adecuado evitando el sedentarismo que es muy perjudicial al igual que lo comentado anteriormente.

Realizar descansos cada cierto tiempo tanto físicos como visuales es muy importante para prevenir los daños mencionados, así como un entorno de trabajo agradable sin estrés para evitar estar tensos.

2 Objetivos

Exponer las recomendaciones para mejorar la higiene postural en el auxiliar administrativo

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 higiene postural son normas, consejos y actitudes posturales, tanto estáticas como dinámicas, encaminadas a mantener una alineación de todo el cuerpo con el fin de evitar lesiones. Su objetivo es aprender una serie de normas y adquirir unos hábitos para ayudar a proteger la espalda a la hora de realizar actividades en el trabajo y en la vida diaria.

Existen estas recomendaciones entre otras para prevenir la fatiga postural:

- Mantener una postura correctamente frente al ordenador.
- Evitar girar el tronco.
- Evitar el estatismo postural.

-Hacer relajaciones cada cierto tiempo.

-Tener un estilo de vida adecuado.

La carga que soporta nuestra columna vertebral en posición sentada es de 145 kg aproximadamente con lo cual después de 8 horas de trabajo de un auxiliar administrativo es bastante lesivo.

Debemos de tener el material adecuado para evitar la fatiga postural: -Mesa de Trabajo debe de tener espacio suficiente para colocar todos los elementos necesarios para el trabajador.

-Silla de trabajo que nos permita sentarnos correctamente con la espalda recta apoyada en el respaldo y es recomendable reposabrazos. -Reposapiés, se recomienda su uso cuando los pies no se apoyan bien en el suelo.

-La pantalla del ordenador debe estar frente a nosotros evitando así tener el cuello girado constantemente, se deben evitar reflejos.

-El teclado deberá ser inclinable e independiente de la pantalla.

-El teléfono, la impresora y demás aparatos deben estar a nuestro alcance para evitar posturas que puedan dañarnos la espalda, hombros, etc.

Se debe disponer de un espacio amplio y adecuado para poder escribir sin realizar malas posturas que nos lesionen. Los aparatos como teclado y ratón también deben estar colocados adecuadamente para evitar lesiones en muñecas y dedos. Es muy importante garantizar la ergonomía para nuestro puesto de trabajo pero además debemos cuidar nuestra higiene postural realizando descansos de 10 minutos a la hora para hacer estiramientos que rompan con la postura mantenida en esa hora de trabajo.

También es esencial el descanso visual apartando la vista de la pantalla 5 minutos por cada media hora de trabajo. Ajustar el brillo de la pantalla, evitar los reflejos y colocarnos a 50 cm de distancia de ella también nos ayudará.

5 Discusión-Conclusión

Tal como hemos visto en este capítulo anteriormente podemos concluir que una buena higiene postural es agradable para el entorno de trabajo y favorece en cierta medida a tener laboralmente hablando posturas correctas para no sufrir ningún tipo de dolencia en nuestro trabajo diario, el cual es agotador.

El 50% de las bajas laborales corresponden a problemas músculo-esqueléticos producidos en su mayoría por las malas posturas adoptadas en nuestro trabajo y en nuestra vida cotidiana. Es la segunda causa crónica.

Debemos adoptar las medidas que nos recomiendan los profesionales de la salud para evitar estos problemas y en el caso de que aparezcan, mitigar sus efectos y

que no nos impidan realizar nuestras tareas.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. www.fisiolledo.com

Capítulo 254

RESOLUCIÓN POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LAS QUEJAS Y SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES

NIEVES POLA FERNANDEZ

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS

ANA MARÍA PARRA LIZANO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

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. Definir queja o sugerencia y establecer las diferencias entre estos dos términos utilizados por los usuarios del sistema sanitario español

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 255

AGRESIONES AL PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA PAZ GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

El comportamiento agresivo ha estado presente siempre en la sociedad y, de hecho, es un comportamiento animal común a todas las especies. De la misma forma, los comportamientos violentos se vienen produciendo en todos los ámbitos de nuestra sociedad, en el lugar de trabajo, en el ocio, incluso en el deporte o en los colegios. Es por eso que incluso en el sector sanitario se producen continuamente agresiones por parte de los usuarios a los trabajadores. Es tal el alcance de esta violencia que la organización mundial de la salud ha establecido diversas definiciones para poder explicar las formas de agresión que pueden existir dentro del ámbito sanitario:

- La violencia física es aquella que produce daños físicos debido a que una persona ha utilizado la fuerza física sobre la víctima. En esta forma de violencia también se incluye la sexual. Entre estas se encuentran puñetazos, golpes, empujones, etc.
- La violencia psicológica es aquella que, utilizando un uso de poder de cualquier tipo o amenazas, tienen en la víctima unas consecuencias mentales, espirituales o morales. Entre estas se encuentran por ejemplo el acoso, la intimidación, los insultos, etc.

En el ámbito sanitario existe una relación muy estrecha entre el paciente y el profesional, ya que cuando se acude al centro, en la mayoría de los casos, es porque también se está pasando por una situación vulnerable en la que el paciente acude porque padece alguna enfermedad o se encuentra mal, estando muy presente

los componentes emocionales en esa relación, sintiendo el paciente miedo, frustración, temor o dudas acerca de lo que le está pasando, manifestándose temeroso, nervioso e incluso agresivo. Es por ello que el sector sanitario es un ámbito más donde puede surgir la violencia porque reúne todas las características necesarias para que sea más probable que surja la violencia en el mismo.

2 Objetivos

Determinar las causas que pueden favorecer las agresiones dentro del ámbito sanitario analizando las consecuencias que tienen estas agresiones para los trabajadores que forman parte del sector sanitario.

Establecer qué medidas se pueden llevar a cabo para mejorar esta situación.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos utilizando motores de búsqueda como Google, ya que dispone de gran cantidad de páginas web en las que se puede obtener mucha información acerca del tema que se está tratando, pudiendo clasificar también los artículos en función de aquellos que estaban relacionados con el ámbito sanitario y que fueran de fechas lo más próximas al momento presente, para conocer la situación actual de los problemas a los que se enfrenta el sector sanitario en la actualidad. Para la búsqueda de información se han utilizado palabras claves que resultasen claras y concisas como “agresiones” o “violencia en el sector sanitario”, cribando los resultados y eligiendo aquellos que fueran más específicos.

4 Resultados

Como ya se ha visto la violencia también está presente en el medio sanitario, pero si atendemos a las estadísticas se pueden encontrar datos que resultan bastante heterogéneos. De todas formas, se puede establecer claramente algunas conclusiones derivadas de las diferentes estadísticas analizadas y es que de la violencia que se produce en el trabajo un 25% se produce en el sector sanitario. Si se compara con el resto de las administraciones públicas se puede observar que la violencia a los profesores en los colegios representa en torno a un 7% y a los policías un 5%, porcentajes que distan en gran medida con la violencia que se produce en el sector sanitario. Si se atiende a el tipo de profesional que más se

le agrede a la cabeza se encuentran enfermeros y sanitarios facultativos, ya que son los que más contacto tienen con los pacientes o usuarios, pero hay que decir que nadie está libre de estas agresiones y que se han dado casos de violencia en cualquier trabajador del ámbito sanitario.

No hay nada que explique o justifique la violencia a ninguna persona, pero sí que se pueden establecer una serie de factores que pueden causar las agresiones:

En primer lugar, se encuentran aquellos que tienen que ver con la historia de la propia persona, sus antecedentes biológicos y su crianza, que pueden aumentar las probabilidades de que esa persona actúe de manera violenta ante determinadas ocasiones. En segundo lugar, se encuentran las relaciones que mantiene el agresor con su propia familia, amigos o compañeros de trabajo, que van a marcar también sus comportamientos de cara también a determinadas situaciones. En tercer lugar, otro factor que puede influir a la hora de tener una actitud violenta, son los lugares en donde se ha criado, su colegio, su comunidad, sus vecinos y, en definitiva, todo el entorno en donde se desarrollan sus relaciones sociales y con la comunidad. Por último, dentro de estos factores de riesgo, se encontraría las normas sociales donde el agresor se mueve, si se fomenta o no la violencia, si es algo normalizado en su entorno, así el aspecto cultural ante este tema.

Las consecuencias para los trabajadores pueden ser nefastas, ya que pasar por una situación de este tipo les producirá miedo, frustración, se sentirán desmoralizados, culpables y en muchos casos estigmatizados. Hay casos en los que ha aparecido burnout en este tipo de profesionales que son agredidos en donde, también las relaciones entre los amigos, familiares y compañeros se verán mermadas. Es probable que se produzcan episodios de estrés postraumático, así como insomnio y depresión. Esta situación se traduce también en un aumento de los costes económicos, ocasionándose importantes bajas médicas, gastos administrativos por la gestión de las denuncias ante estas agresiones y aumento de costes relacionados con una menor rentabilidad, ya que se produce una menor productividad.

Para intentar evitar todas estas agresiones es importante formar a los trabajadores en la identificación de todos los factores de riesgo susceptibles de generar una posible agresión e intentar prevenirlos. Se debe instruir a los profesionales en técnicas de habilidades sociales que les permitan manejar perfiles agresivos y saber cómo actuar en cada momento. Desde el punto de vista de las infraestructuras estas deben estar preparadas con accesos y salidas que les permitan escapar en cualquier momento, con botones de seguridad, con cámaras, con vigilantes que protejan la seguridad de todas las personas que acuden a un centro sanitario y con bases de datos de personas reincidentes, para que el profesional siempre

esté acompañado en estos casos.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios concluyen que la violencia cada vez está más presente en nuestra sociedad y por ende en el sector sanitario. Las relaciones entre los profesionales y los pacientes han cambiado sustancialmente y el trato que antes se basaba en el respeto, la admiración y un sentimiento de gratitud al médico o profesional del sector sanitario que les estaba atendiendo se tornan en unas relaciones basadas en la exigencia y un trato despectivo. La frustración por los tiempos de espera o el no conseguir lo que uno espera al acudir al centro sanitario han propiciado un aumento de las tensiones que hace que cada vez sea más preocupante la situación por la que están atravesando los profesionales, los cuales cada vez más se encuentran más desprotegidos y con una carga de trabajo que aumenta sustancialmente. Por eso, desde las propias administraciones, gobiernos y los propios centros sanitarios se debe de fomentar unas relaciones sanas entre los profesionales y los usuarios, informando a cada una de ellas como se debe actuar ante situaciones que pueden llevar al límite a las personas y desencadenar momentos violentos.

6 Bibliografía

1. Agresiones a la profesión médica. Disponible en <https://www.phmk.es/id/las-agresiones-a-la-profesion-medica-se-dispararon-un-39-durante-2021-convirtiendose-en-el-segundo-ano-con-mayores-registros#:text=de%20marzo%2C%202022-,Las%20agresiones%20a%20la%20profesi%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20se%20dispararon%20un%2039,m%C3%A1s%20que%20el%20a%C3%B1o%20anterior>.
2. Causas de las agresiones al personal sanitarios. Disponible en <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-agresiones-sanitarios/causas-de-las-agresiones-a-personal-sanitario>
3. Informe de agresiones a los profesionales. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/agresiones/docs/Informe_Agresiones_19-20.pdf

Capítulo 256

EL ACOSO LABORAL O MOBBING DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO

MARIA PAZ GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

En muchas ocasiones hay una cierta tendencia a confundir el síndrome de burnout con el mobbing, por lo que cabe destacar que en el síndrome de burnout el desgaste se produce por el puesto de trabajo y la carga que se ejerce en el mismo, pero, sin embargo, cuando se produce en el mobbing el origen no se encuentra en el trabajo en sí, sino en los compañeros que forman parte del mismo. El acoso laboral, desgraciadamente, se encuentra muy presente en todas las profesiones, por lo que vamos a intentar analizar el mobbing dentro del sector sanitario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene definiendo el mobbing como cualquier comportamiento agresivo producido por uno o más profesionales hacia un individuo. Para que se dé el mobbing tiene que estar generado dentro del ámbito laboral y el objetivo del mismo es producir en la víctima miedo, angustia, preocupación o desánimo de forma que el profesional llegue hasta renunciar al trabajo o incluso, a ser despedido. Para que se produzca mobbing es necesario que los comportamientos de los acosadores sean repetitivos, no tratándose de un hecho aislado sino de un acoso prolongado a lo largo de los meses, reiteradas veces y que exista una víctima en concreto, pues no se debe confundir con malos ambientes de trabajo en el que todos los trabajadores tienen problemas entre ellos. Para que exista acoso las acciones tienen que tener unas consecuencias para la víctima, que sean intensas y graves y con un objetivo marcado, que suele ser dañar psíquica y moralmente al profesional.

2 Objetivos

Estudiar los comportamientos que pueden ser susceptibles de ser considerados acoso laboral, así como explicar los diferentes tipos de acoso existentes en el sector sanitario describiendo las posibles consecuencias que puede tener el mobbing para la víctima que lo sufre y para todo el sector, analizando las medidas que se pueden llevar a cabo para erradicarlo.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo un análisis bibliográfico de diferentes artículos utilizando motores de búsqueda como Google, ya que dispone de gran cantidad de páginas web en las que se puede obtener mucha información acerca del tema que se está tratando, pudiendo clasificar también los artículos en función de aquellos que estaban relacionados con el ámbito sanitario y que fueran de fechas lo más próximas al momento presente, para conocer la situación actual de los problemas a los que se enfrenta el sector sanitario en la actualidad. Para la búsqueda de información se han utilizado palabras claves que resultasen claras y concisas como “mobbing” o “acoso laboral en sanidad”, cribando los resultados y eligiendo aquellos que fueran más específicos

4 Resultados

El mobbing no se da sólo ante un superior y un trabajador de rango inferior, sino que se puede producir en distintos y en iguales niveles jerárquicos. Es por eso que podemos distinguir tres tipos de mobbing:

El ascendente, que se produce cuando uno o varios trabajadores acosan a su jefe, siendo este el acoso menos habitual y suele darse en muchas ocasiones cuando entra un jefe nuevo a trabajar y se empieza a cuestionar su método, sus habilidades o su profesionalidad.

El acoso laboral descendente es uno de los más comunes, ya que se da por una situación de poder cuando el jefe acosa a sus subordinados, a veces con el objetivo de que se vaya sin necesidad de pagarle, o por no echarle de una manera injustificada.

El tercer tipo de acoso que se puede dar en el sector sanitario es el acoso horizontal, que es el que se da entre compañeros del mismo rango jerárquico, aunque es verdad que bien por el tipo de trabajo que desempeña, por su antigüedad, por las

relaciones que tiene con los superiores... el acosador suele tener un poco más de poder que la víctima.

Cuando una persona es víctima de acoso en el ámbito laboral puede tener dificultad para conciliar el sueño o, si lo concilia, puede presentar problemas para mantenerlo de manera que se encuentre más irascible, mermando su capacidad para realizar sus tareas en el puesto de trabajo y haciendo que su productividad sea menor. La situación por la que atraviesa una persona víctima de acoso laboral provocará que aumente su ansiedad y que se encuentre deprimida ya que no se ve igual de capaz de hacer su trabajo disminuyendo su concentración y su autoestima produciéndose también en la víctima un sentimiento de gran culpabilidad. Estos problemas no se darán sólo en el ámbito laboral, sino que se trasladarán a su ámbito más personal influyendo en su familia, sus amigos y su entorno, pudiendo mantenerse los mismos a lo largo de los años.

Para intentar evitar el acoso laboral en el sector sanitario se han establecido 4 pasos fundamentales a llevar a cabo:

El primero de ellos es la prevención, facilitando el diálogo entre los miembros de trabajo, fomentando actividades entre los compañeros para mejorar las relaciones sociales e informándoles acerca de los problemas que pueden estar dándose con el fin de que hablen entre ellos. El segundo paso a la hora de evitar el acoso es la detección de los primeros síntomas de comportamientos que pueden ser sospechosos. Ante los principales cambios de conducta de un trabajador que pueden traducirse en acoso laboral la organización tienen que estar muy atenta. Para ello es importante que se realicen actividades grupales, comidas, que existan zonas y áreas de convivencia en donde se puedan escuchar las conversaciones de los trabajadores y detectar síntomas de mobbing. Si la prevención y la detección del acoso no ha sido suficiente y se está produciendo acoso laboral es necesario entonces trasladarlo a los superiores. La alta dirección será la encargada de actuar en estos casos, imponiendo las medidas necesarias para que el acoso no se siga prolongando en el tiempo y erradicarlo, de tal manera que los conflictos que en un principio eran leves no se conviertan en importantes problemas cuya solución sea más difícil de atajar y en los que se vea envuelta toda la organización. En los casos en que todas las medidas no hayan dado sus frutos el Código Penal Español tipifica penas de entre 1 y 3 años y multas económicas. Así mismo, los trabajadores también se encuentran protegidos gracias a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día el acoso laboral es un tema conocido por toda la sociedad, por lo que todo trabajador dispone de la suficiente información y conocimiento, incluso en todos los niveles jerárquicos, para detectarla y evitarla. A veces por “no buscarse problemas” o por cosas como “esto no va conmigo” se hace la vista gorda y no se denuncian comportamientos hostiles que se ven en los trabajos. Es importante inculcar desde las organizaciones la tolerancia cero ante estas situaciones. Se debe proteger a la víctima no responsabilizándola ni culpándola de estos abusos y se debe de animar a denunciar si se está produciendo acoso en el trabajo. En la mano de todos, de las organizaciones y de los miembros que las forman está formar ambientes de trabajo más felices, más eficaces en los que no impere el estrés y en el que se fomente el compañerismo para hacer entornos más productivos. De todos depende que el grado de implicación sea el máximo para garantizar que no se produzcan situaciones de acoso en nuestra sociedad y concretamente en la sanidad.

6 Bibliografía

1. Acoso Laboral en el sector Sanitario. Revista médica disponible en <https://revistamedica.com/acoso-laboral-sector-sanitario/>
2. 2. ¿Qué es el mobbing?. Disponible en <https://superrheroes.sesametime.com/que-es-el-mobbing/>
3. 3. Acoso laboral y factores asociados en trabajadores de servicios de emergencias. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300005#:text=El%20acoso%20laboral%20as%C3%AD%20como,la%20persona%2C%20afectando%20el%20autoconcepto

Capítulo 257

TIPOS DE CAMAS HOSPITALARIAS QUE DEBE CONOCER Y UTILIZAR EL CELADOR

JAVIER MELLADO MONTEJANO

ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA

ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE

1 Introducción

Indicaremos que la unidad del paciente será el conjunto de mobiliario existente dentro de una habitación hospitalaria y todo el material y aparataje que el paciente utilizará durante su estancia o ingreso en el centro sanitario. El número de camas que tenga el hospital va a determinar el número de unidades del paciente, que será el mismo.

El mobiliario y aparataje de una habitación o unidad del paciente, variará si se trata de unidades específicas o de unidades de hospitalización general.

Los enfermos o usuarios que acudan para ser ingresados podrán tener un tiempo o estancia prolongada para poder realizar el diagnóstico y tratamiento preciso.

Las camas y camillas serán elementos imprescindibles para el transporte y/o descanso de los enfermos y que el celador usará a diario y varias veces durante la jornada.

Las camillas se emplearán para llevar a los enfermos ambulatorios o no, a realizar pruebas.

Las camas se emplearán para que el enfermo descanse durante su ingreso.

Las camas hospitalarias contribuirán a que el enfermo ahorre energía, por eso muchas de ellas serán eléctricas y el personal sanitario podrá acceder a los enfermos fácilmente por sus tres lados. Los colchones suelen ser duros para que el cuerpo tenga un buen soporte. Tendrán ruedas y frenos para moverlas o fijarlas al suelo fácilmente, evitando desplazamientos no convenientes.

2 Objetivos

-Dar a conocer los diferentes tipos de camas y camillas existentes en las instituciones o centros sanitarios.

-Exponer el manejo de este mobiliario por parte del celador.

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 Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Existirán diferentes tipos de camas que se adaptarán a las necesidades específicas de los pacientes. Se distinguirán dos grupos: las camillas de exploración y las camas de descanso o recuperación.

Las camillas de exploración servirán para la exploración y el transporte del paciente. Se cubrirán con una sabanilla antes de colocar al paciente y podrán ser:

- Rígidas, con una estructura metálica sobre la que se coloca un colchón, una base rígida, recubierta de material de fácil limpieza. Llevará ruedas para facilitar su desplazamiento, y un sistema de freno que las bloquee.
- Articuladas, que suelen tener una sola articulación en el cabecero, siendo elevable hasta 90°.
- De tijera, que se usarán principalmente en el servicio de ambulancias, emergencias y rescate.

Una de las labores principales del celador en un hospital será la movilización y transporte de pacientes, por lo que la importancia de estar familiarizado con las camas hospitalarias y sus características es un punto fundamental.

- La cama rígida, consistirá en un somier rígido, sin articulaciones. Algunos modelos si puede elevarse la parte de la cabeza.

- La cama articulada, que poseerá un somier metálico dividido en dos, tres o cuatro segmentos móviles que se moverán mediante manivelas o por electricidad

- La cama ortopédica o de Judet, será un tipo de cama traumatológica. Estará indicada para enfermos que sufren fracturas o parálisis de las extremidades. Poseerá un marco o triángulo de Balkan, cuyo propósito es sujetar las poleas y el equipo de tracción.

- Armazón para volteo Foster, facilitará el cambio postural en aquellos enfermos que no puedan hacerlo o que lo hagan con gran dificultad. El dispositivo para voltear al enfermo consiente en conservar la tracción que ejerce sobre cabeza y pies mientras dura el volteo. La cama electro circular se encuentra en la mayoría de los hospitales en desuso.

- La cama electro circular o de Striker, estará formada por dos armazones metálicos circulares, unidos entre sí por un plano rígido que girará sobre los anteriores permitiendo giros de 180° a enfermos politraumatizados, grandes quemados y lesionados medulares.

- La Cama libro, será una variante de la cama articulada, pero esta permite la angulación lateral. Se usará para enfermos que deban permanecer largos períodos de tiempo inmovilizados.

- La cama de levitación, posibilitará que el enfermo permanezca en suspensión por un flujo continuo de aire. Se usará en grandes quemados para evitar el contacto con cualquier accesorio de la cama o la ropa.

- Cama roto-test, conservará en un giro continuo al enfermo. Se usará para la prevención de úlceras por presión ya que disminuirá los puntos de roce en el cuerpo del enfermo.

- La cama de Gatch, se tratará de una cama que nos admitirá levantar al enfermo hasta poder colocarlo en posición de sentado.

- La cama o mesa de quirófano, se situará al enfermo que va a ser intervenido quirúrgicamente. Estarán fragmentadas en varios planos para permitir todas las posiciones anatómicas necesarias en las operaciones.

- La cama o mesa de exploración o potro ginecológico, se usará tanto para las exploraciones ginecológicas como en el momento del parto.

- La cama bariátrica, será un tipo de cama específica para enfermos con obesidad mórbida. Podrá soportar pesos de entre 400 – 500Kg.

-La incubadora, se empleará para tener protegidos a los recién nacidos prematuros, en un ambiente adecuado e idóneo de temperatura y humedad. Permitirá los cuidados del bebé desde el exterior.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a conclusión que es muy importante que las camas y camillas estén en buen estado y funcionen correctamente. El mal funcionamiento repercutirá tanto en la comodidad del enfermo como en la salud física del celador.

Existen varios tipos de camas y dependiendo de la patología del enfermo el celador debe usar una u otra. Estas se podrán manejar para prevenir enfermedades o enfermedades secundarias tales como pueden ser las úlceras por presión, también para la rápida recuperación de lesiones traumatológicas, en pacientes que sufren fracturas, luxaciones, parálisis de las extremidades, politraumatismos, en grandes quemados, en lesiones medulares y en el caso de incubadoras se podrá regular la humedad, la temperatura y la concentración de oxígeno en el bebé enfermo.

La cama articulada y motorizada permitirá al celador la movilización de una forma muy sencilla. Cada vez está más extendiendo su uso en el domicilio adaptando el entorno de los pacientes dependientes de las viviendas.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/manejo-camas-hospitalarias/#Introduccion>.
2. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-3.html>.
3. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-12.html>.
4. <https://revistamedica.com/camas-hospitalarias/#Introduccion>.
5. <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448177002.pd>.

Capítulo 258

EL PINCHE DE COCINA, COCINANDO PARA DIABÉTICOS

MARÍA NIEVES VALLE

VANESA GARRIDO HERRERA

MARTA GARRIDO HERRERA

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

JORGE ROMERO MATEO

1 Introducción

En un hospital, podemos encontrar muchos casos de pacientes que sufren diabetes.

Se define la diabetes como "un proceso crónico y progresivo que se encuentra caracterizada por una tasa excesiva de glucosa en sangre". Esta enfermedad es tan frecuente que afecta entre el 5 y el 10% de la población española.

La glucosa es el azúcar presente en la sangre, y se sintetiza a por el páncreas, si este azúcar se vierte en demasiadas cantidades puede llegar a producir una hiperglucemia, la encargada de regular esta cantidad excesiva en sangre es la una enzima llamada insulina. Existen diversos alimentos que pueden elevar este índice glucémico como las frutas (por su alto contenido en fructosa), la bollería, etc.

Cuando el azúcar en sangre aparece de una manera más lenta de lo normal puede derivar en una hipoglucemia y la hormona a cargo de este proceso es el glucagón.

Las personas con diabetes pierden la capacidad de transporte normal de glucosa; y por tanto los niveles en sangre se ven alterados. La cifra de glucosa en sangre se considera normal cuando es menor de 110 mg/dl.

Dentro de los tipos de diabetes, podemos distinguir:

- Diabetes Tipo 1: Suele conocerse como la diabetes juvenil. Se da en pacientes menores de 40 años. Y este tipo de pacientes son insulinodependientes, es decir, requieren de insulina exógena.
- Diabetes Tipo 2: Es la diabetes más común. Y se da en personas mayores de 40.
- Diabetes Gestacional: diabetes cuyo inicio se reconoce durante el embarazo. Una vez que se ha dado a luz, suele desaparecer.

También, puede existir una diabetes debido a enfermedades pancreáticas como la pancreatitis crónica, por ejemplo.

El Informe mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la diabetes ofrece una descripción general de la carga de la diabetes, las intervenciones disponibles para prevenir y controlar la diabetes y recomendaciones para los gobiernos, las personas, la sociedad civil y el sector privado.

El Pinche de Cocina debe conocer qué tipos de alimentos deben ser excluidos de las dietas destinadas a estos pacientes, cuales deben consumirse esporádicamente y cuales no deben faltar en una dieta equilibrada semanal de un paciente diabético.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de alimentos que siempre, a veces y nunca deben prepararse para un paciente diabético.

Comprender la importancia del pinche de cocina ante la preparación de dichos menús.

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 Pinche de Cocina, y su trabajo en el ámbito hospitalario, debe velar por la aplicación de alimentos no permitidos a personas con diabetes, ya que su consumo no autorizado o imprevisto pueden causar daños graves.

Vamos a exponer, a continuación, los tres grupos de alimentos que debe conocer un pinche de cocina y que deben o no encontrarse en su dieta:

Alimentos prohibidos o muy restringidos:

- Alimentos que contienen azúcares de rápida absorción: pastelería, bollería, bombones, golosinas, leche condensada, frutas en conserva (almíbar, escarchadas, mermeladas), bebidas refrescantes azucaradas, frutos secos, etc.
- Alimentos ricos en grasa vegetales animales o vegetales saturadas: elevan el colesterol en sangre y contribuyen a la obesidad. Grasas, embutidos, leche entera, quesos, mantequillas, etc.
- Alimentos ricos en sal: los diabéticos tienen una mayor predisposición a la hipertensión. La ingesta de alimentos ricos en sal puede elevar la presión arterial. Es recomendable una dieta con poca sal.

Alimentos limitados:

- Hidratos de carbono: Como la pasta, el pan, el arroz, cereales, patatas, etc. No deben superar las 4 raciones diarias (100 gr. de patatas, guisantes o habas; 60 gr. pan; 30gr. cereales; 30gr. de arroz, harina, pasta).
- Lácteos: Limitar su consumo de 3/4 raciones al día. Es más aconsejable, que estos lácteos sean desnatados.
- Frutas: Consumir 3/4 raciones al día, ya que contienen el azúcar de la fruta, fructosa. Y es importante no añadir a la dieta higos y dátiles, por su alto contenido en azúcar.

Alimentos permitidos:

- Legumbres.
- Cereales, mejor integrales, es muy buena opción la avena (que impide la asimilación rápida de la glucosa).
- Frutas ricas en fibra soluble, esto ayuda a liberar el azúcar poco a poco. (manzanas, peras, etc.)
- Alimentos ricos en zinc (zn) como el apio, espárragos y ricos en magnesio como las judías y espinacas (estas estarán contraindicadas, si el paciente toma antico-

agulantes como el sintrom, ya que son ricas en vitamina K).

- Alimentos proteicos bajos en grasas saturadas y ricas en grasas insaturadas como el pescado.
- Alimentos ricos en omega 3 como la sardina o el atún.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina debe conocer todos los alimentos prohibidos, esporádicos y permitidos que deben estar presentes en una dieta para diabéticos.

Ya que, tras una confusión podría comprometer la salud del paciente, pudiendo llevarle a una hiperglucemia.

Es cierto, que el pinche de cocina, no es quien hace las dietas, pero debe conocer el gran abanico de posibilidades que la dietética abarca, así como, controlar los alimentos más destacados en cada patología, y en este caso, hablamos de la diabetes.

Las funciones del auxiliar de cocina, contribuyen directamente en el paciente, y así como, en su estado de salud.

6 Bibliografía

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/diabetes/diabetes.htm>

<https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Capítulo 259

LA ACTUACION DEL CELADOR EN UNA EMERGENCIA Y PLAN DE EVACUACIÓN

YOLANDA QUINTIN ALVAREZ

1 Introducción

En los establecimientos sanitarios existen numerosas instalaciones y se desarrollan distintas actividades que pueden ocasionar un incendio o una explosión. A dichos riesgos debe sumarse, como una posibilidad, el que en vecindad, o en el propio edificio estén ubicadas industrias o actividades que pudieran sufrir uno de tales riesgos, y que los mismos pudieran propagarse causando daño al establecimiento sanitario.

Los planes de emergencia pretenden con su implantación optimizar la utilidad de los recursos técnicos y humanos disponibles, con el objetivo de controlar con rapidez la evolución de la emergencia y minimizar sus consecuencias. En un plan de autoprotección se pretenden los mismos objetivos pero además se incluye el de implantación de medidas de prevención que reduzcan la probabilidad de inicio de emergencias.

Los conceptos de accidente y emergencia están muy ligados entre sí, pudiendo definirse como sucesos inesperados y no deseados que interrumpen el desarrollo normal de una actividad. En algunos casos solo entrañan consecuencias económicas pero en otros pueden ocasionar daños a personas. Algunos son de evolución rápida, como puede ser la muerte de alguien por electrocución o explosión. Otros pueden ser de evolución más lenta como un incendio o sequía. El desarrollo de

actividades lleva implícito una serie de riesgos que con el paso del tiempo pueden dar lugar a accidentes que ocasionarán situaciones de emergencia.

Las medidas contra los accidentes-emergencias son: la prevención, la protección y la reparación.

Podemos definir la prevención como el conjunto de medidas tendentes a que no se produzcan situaciones no deseadas, la protección como el conjunto de medidas que intentan neutralizar la emergencia producida y la reparación como el conjunto de medidas tendentes a reparar los daños ocasionados por un accidente. En un establecimiento sanitario las emergencias pueden ser muy variadas pudiendo ir desde una situación de catástrofe externa que pueda ocasionar la llegada de numerosos enfermos o heridos, pasando por situaciones potenciales de emergencia interna como una alarma de bomba o también los posibles accidentes que puedan originarse por las instalaciones o actividades que se desarrollan en el propio establecimiento.

2 Objetivos

Dar a conocer aspectos importantes sobre los tipos de emergencias sanitarias y planes de evacuación, así como la función del celador ante este tipo de situaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio, se ha hecho una búsqueda sistemática y revisión bibliográfica en publicaciones y revistas sanitarias, así como en planes de evacuación de centros de salud, hospitales y otros centros sanitarios, además de una revisión exhaustiva de la normativa vigente. Como palabras clave se han empleado "celador" y "emergencias".

4 Resultados

Clasificación de las emergencias

Según el factor de gravedad de las mismas se pueden subdividir en:

- Conato de emergencia, es el accidente que puede ser controlado y dominado de forma sencilla y rápida por el personal y medios de protección del local, dependencia o sector.

- Emergencia parcial, es el accidente que para ser dominado requiere la actuación de los equipos especiales de emergencia del sector. Los efectos de la emergencia parcial quedarán limitados a un sector y no afectarán otros sectores colindantes ni a terceras personas.
- Emergencia general, es el accidente que precisa de la actuación de todos los equipos y medios de protección del establecimiento y la ayuda de medios de socorro y salvamento exteriores. La emergencia general comportará la evacuación de las personas de determinados sectores.

Las distintas emergencias requerirán la intervención de personas y medios para garantizar en todo momento:

La cadena detección-alarma: Cualquier persona que detecte una emergencia debe poder transmitir por teléfono interior (línea especial) o pulsadores la alarma a un centro permanente ocupado centralita, recepción, etc.)

Para la valoración de la gravedad y movilización de equipos internos se debe asegurarse la alerta a una persona formada que pueda evaluar la emergencia y movilizar a los equipos necesarios para la intervención según la gravedad.

Para el aviso, recepción e información de las ayudas externas se debe asegurarse la comunicación de la emergencia a los equipos de ayuda externos así como el envío de una persona al acceso del edificio que reciba, informe y acompañe a los responsables del equipo.

En la evacuación se le debe dar una relevancia especial por sus especiales connotaciones. En las emergencias parciales se organizará una evacuación parcial del personal del sector hasta una zona segura. Los métodos para el traslado de los enfermos estarán en función de su dolencia.

Lo ideal sería trasladar a los enfermos en su propia cama o en sillas de ruedas pero normalmente esto no es posible.

Los distintos tipos de traslados podrían realizarse: a) Por levantamiento: son los más rápidos, no requieren excesivo esfuerzo y son fácilmente de aplicar. b) Por arrastre directo: está indicado cuando hay humos, son imposibles de utilizar en evacuación vertical, requieren gran esfuerzo, son lentos y requieren entrenamiento. c) Por arrastre con silla: son rápidos y bastante confortables para los pacientes pero no se pueden utilizar, generalmente, para la evacuación vertical. d) Por arrastre con colchón: son seguros y confortables, son muy lentos y complicados, las vías de evacuación deben ser amplias y se necesita un gran esfuerzo

Vamos a analizar las funciones de un Celador ante una situación de emergencia: Tras recibir la alerta sus misiones se pueden clasificar en dos grupos según su

puesto de trabajo:

Los celadores componentes del equipo de segunda intervención tendrán como misión

- Recoger la máxima información de la emergencia procedente de centralita.
- Aprovisionarse del equipo necesario y acudir al lugar de la emergencia y atacar el fuego bajo las órdenes directas del jefe de Intervención.

El resto de celadores , coordinados por el Jefe de Personal Subalterno, que en el momento de la alerta acudirá al lugar de la emergencia donde recibirá instrucciones claras del Jefe de intervención sobre:

1. Utilización de ascensores y vías de evacuación.
2. Personal disponible y distribución de los mismos, para atender las siguientes necesidades:

- Paralizar ascensores en la planta baja.
- Convertir en monta camas los ascensores.
- Destinar un celador para cada ascensor para la utilización desde el interior.
- Utilizar el montacargas de cocina para el uso exclusivo de los equipos de intervención, mientras su uso lo haga posible.
- Destinar dos celadores en urgencias para ayudar el movimiento de pacientes que acudan por las escaleras próximas y sacar los que acudan por el ascensor.
- Cerrar las ventanas y puertas, etc., de almacenes, servicios y unidades.
- Evacuación y movilización de pacientes que se encuentren en aislamiento ya sea por padecer una enfermedad de fácil transmisión al resto de pacientes como por ser pacientes inmunodeprimidos.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario y no sanitario que trabaja en un centro hospitalario puede encontrarse antes situaciones de emergencia que impliquen una actuación rápida y coordinada. El celador , como hemos visto en el desarrollo de este capítulo, tiene asignadas unas funciones determinadas que variarán según en que puesto o área del recinto hospitalario esté realizando su trabajo. Deberá colaborar en el traslado de pacientes, o material junto con el resto del personal.

El celador debe conocer los planes de actuación e intentar además de llevarlos a cabo de manera eficaz, transmitir tranquilidad a las personas con las que se encuentre en ese momento (pacientes, familiares...)

6 Bibliografía

https://www.chospab.es/plan_emergencias/evacuacion.htm
www.revistamedica.com

Capítulo 260

INTRODUCCIÓN AL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN

MARCIAL RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

El Procedimiento administrativo Común se recoge en la ley 39/2015 pero no podemos olvidarnos de la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del sector público, la legislación básica sobre jurídico administrativo aplicable a todas las administraciones públicas y además el régimen jurídico específico de la Administración General del Estado.

La ley 39/2015 la cual consta de un preámbulo, un Título Preliminar, otros seis títulos y seis disposiciones adicionales, cinco transitorias, una disposición derogatoria y siete disposiciones finales. Total son ciento treinta y tres artículos, las disposiciones adicionales se ha añadido una posteriormente a la promulgación, al principio fueron cinco disposiciones adicionales. El título preliminar es de disposiciones generales, el título uno nos habla de los interesados en el procedimiento, el título dos se refiere a la actividad de las Administraciones Públicas, el tres a los actos administrativos, el título cuatro está dedicado al procedimiento administrativo como todo lo que es el procedimiento administrativo común, el título cinco dedicado a la revisión de los actos en vía administrativa bien de oficio por la Administración bien por los administrados mediante recursos administrativos por último el título seis sobre iniciativa legislativa y potestad reglamentaria en las que la ley sienta las bases con arreglo a las cuales ya se ha de llevar esa iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria. Las bases sobre las que se desenvuelve no quiere decir esta ley ya este descrito el proceso legislativo y el reglamentario, solo las bases que se desenvuelve esa iniciativa que este de acuerdo con los principios

de buena regulación, garantizar de modo adecuado la audiencia y participación de los ciudadanos en la elaboración de normas y otras cosas.

Esta ley se aprueba el 1 de octubre de 2015 se publica el 2 de octubre 2015, entra en vigor el 2 de octubre de 2016 al año de su publicación en el Boletín Oficial del Estado excepción quedó pendiente hasta el año 2021 las previsiones relativas al Registro Electrónico de apoderamientos al Registro General electrónico al registro de Empleados Públicos habilitados punto electrónico de la administración y archivo único electrónico de numerar evidentemente administración electrónica. La última modificación hecha y acuerdo con la ley 10 /2021 de trabajo distancia modificar ya por fin está excepción y fijar que las previsiones relativas a todo esto que hemos dicho a estos registros a estos archivo único electrónico a partir del día 2 de abril de 2021 todo llega eso el reglamento de actuación y funcionamiento del sector público fue aprobado por Real Decreto 203/2021 de 30 de marzo y a fecha 9 de diciembre de 2021 se regulan el registro de funcionarios habilitados en el ámbito de la Administración General del Estado electrónico de apoderamientos también en el ámbito de la Administración General del Estado y en el mismo ámbito el Registro Electrónico general estas órdenes ministeriales han sido publicado en el BOE de 11 de diciembre de 2021.

2 Objetivos

Dar a conocer el procedimiento administrativo común

3 Metodología

Para redactar este capítulo he ido viendo las partes de la ley que hablaban de lo que es, lo que abarca y con los fines que esta hecha esta ley y así exponer bien sus principios para que sea mejor comprendida e interpretada

4 Resultados

En cuanto al objeto de esta ley, el artículo 1 de la ley tiene por objeto regular los requisitos de validez y eficacia de los actos administrativos eficacia de los actos administrativos establece una regulación completa y sistemática de las relaciones ad extra y los administrados, es decir, la administración hacia el administrado no como la otra ley 40/2015 que regula las acciones de la administración y sus miembros de esa administración.

Está ley establece una regulación completa y sistemática de las relaciones entre administraciones y administrados en lo que se refiere al ejercicio de la potestad de autotutela en cuya virtud se dictan actos administrativos que inciden directamente en la esfera jurídica de los interesados

Es decir la administración , conforme a derecho lógicamente, impone unilateralmente derechos y obligaciones a los ciudadanos sin necesidad de pasar por los tribunales de justicia. Bueno regular la cuestión es los actos administrativos que dicten esta administración por esa potestad que tiene acuerdo con un procedimiento administrativo común a todas las administraciones públicas incluyendo aquí y ya todo en esta ley, el sancionador de reclamación de responsabilidad de las administraciones públicas a este procedimiento administrativo común se encarga con hemos dicho a regularlo encarga el Título Cuarto de la ley también tiene como finalidad fijar los principios a los que se ha de ajustar el ejercicio de la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria.

En está ley, se asientan las bases con arreglo a las cuales se tiene que desenvolver iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria de las administraciones públicas, para asegurar que su ejercicio por este de acuerdo con los principios de buena regulación, para garantizar de modo adecuado en la audiencia y participación de los ciudadanos en la elaboración de las normas y para lograr la predictibilidad y evaluación pública del ordenamiento lo cual es fundamental para la seguridad jurídica todo esto lo dice el preámbulo de la ley .En Relación concretamente al procedimiento administrativo administrativo común el punto 2 del artículo 1 dice que solamente por ley nos indica un rango normativo la ley se podrá incluir trámites adicionales o distintos a los contemplados en esta ley .

Para conseguir los fines propios del procedimiento demás tendrán que estar motivado por ley se pueden incluirse trámites adicionales o distintos a la ley 39/2015 . Mediante reglamento pueden establecerse especialidades del procedimiento referidas a órganos competentes los determinados trámites y fases del procedimiento, plazos propios del concreto procedimiento por razón de la materia, una determinada materia administrativa, los actos de esa materia fija sus plazos propios se pueden establecer reglamentariamente sobre formas de iniciación y terminación del procedimiento de la publicación y de los informes que hay que recabar (preceptivos, facultativos) reglamentariamente se puede establecer

El alcance de este procedimiento administrativo común ya nos dice el preámbulo este procedimiento administrativo entendido como el ordenado de trámites y actuaciones formalmente realizadas según el cauce legalmente previsto para dictar un acto administrativo o expresar la voluntad de la administración hasta

la finalización de Procedimiento Administrativo conjunto ordenado de trámites y actuaciones realizadas con las formalidades legales de acuerdo con el cauce legal para expresar la voluntad de la administración, pero no afecta a la legislación Autonómica o Estatal, para determinados procedimientos sobre la base del procedimiento administrativo puede cambiarse para determinados procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

Aparte de esto las verdades del preámbulo de la ley y el artículo primero la disposición adicional primera sobre especialidades por razón de la materia, dice que los procedimientos administrativos regulados en leyes especiales por razón de la materia que no exija alguno de los trámites previstos en esta ley o regule actos distintos se regirán respecto a estos trámites por lo dispuesto en esas leyes especiales. Además, las actuaciones y procedimientos que se regirán por su normativa específica y supletoriamente por lo que dice la ley 39/2015. Como por ejemplo los tributos y materias aduaneras, seguridad social, extranjería, tienen regulación específica.

6 Bibliografía

Google
La web Noticias.juridicas.com
BOE

Capítulo 261

EL CELADOR Y LA SALA DE AUTOPSIAS.

ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE

JAVIER MELLADO MONTEJANO

RAMONA CAMPOS CAMPOS

1 Introducción

Cuando fallece una persona por causas desconocidas se procede a examinar el cuerpo de este. A esto le llamamos autopsia también llamada necropsia. Dependiendo para el uso que se para saber las posibles causas de la muerte de una persona, se procede a examina el cuerpo investigue esta puede ser clínica o no clínica. En este servicio también nos encontramos con un celador el cual es el encargado de auxiliar al médico que es especialista en anatomía patológica. Además de estar bajo la supervisión del médico, también ejercerá otras funciones con respecto a la sala de autopsias como su limpieza y tener controlado su instrumental, aparte del manejo del cadáver, donde se encargara de transportarlo desde la cámara frigorífica hasta depositarlo en la mesa de autopsias. Esta deberá haber sido previamente preparada junto con todo el instrumental necesario para llevar a cabo el trabajo a realizar por el medico Las salas deben de cumplir una serie de requisitos como luces, ambiente, espacio, etc... para el buen desarrollo de su actividad. Una vez finalizado la autopsia, el celador procederá a la limpieza de la misma, empezando por el lavado y aseo a cadáver y posteriormente limpiara minuciosamente la mesa de autopsia, el instrumental y otros materiales auxiliares.

2 Objetivos

Dar a conocer las características de las salas de autopsia y las distintas clases de esta, así como las distintas funciones que desempeña el celador en la sala de autopsias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Dentro de todos los servicios que podemos distinguir en un hospital también nos encontramos con las salas de autopsias, donde son examinados los cadáveres fallecidos para averiguar las causas de su fallecimiento o investigación de enfermedades. Dependiendo del tipo de estudio a realizar estas pueden ser clínicas, que aun sabiendo el motivo de su fallecimiento, se quiere saber más sobre su enfermedad, las no clínicas, cuando se quiere saber el motivo del fallecimiento y por ultimo las judiciales, cuando son por muerte violenta o son sospechosas de criminalidad, en caso de sospecha de intoxicación, la autopsia se completa con un análisis toxicológico de las vísceras. Estas últimas son por orden judicial y se realizan con la presencia del juez instructor. La autopsia o necropsia clínicas son realizadas por un médico especializado en anatomía patológica, y con el consentimiento de los familiares, para el estudio anatómico-patológico del cuerpo.

Las salas de autopsia, contarán con una mesa de autopsias y tendrán una superficie mínima de veinte metros cuadrados, refrigerador de cadáveres, tendrán una iluminación adecuada, un sistema de aspiración y una correcta ventilación. También dispondrán de aseo con duchas.

Para llevar acabo todo esto, el celador es el encargado de transportar el cadáver desde la cámara frigorífica hasta la mesa de autopsias la cual ya tendrá preparada con todo el instrumental necesario, y si hiciera falta desamortará el cadáver.

Auxiliara al médico en tareas que no sean de profesional titulado utilizando ropa adecuada para ello, ropa quirófano, guantes, bata, gafas y mascarillas. Terminada

la autopsia lavara y aseara al cadáver transportándolo de nuevo a la cámara frigorífica. Posteriormente hará una limpieza minuciosa de la mesa de autopsias, el instrumenta y demás material auxiliar utilizado. Las muestras extraídas así como historias, fotos, etc...serán llevadas por el celador a sus servicios correspondientes.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver anteriormente, las autopsias o necropsia nos permiten saber las posibles causas del fallecimiento. Algunas sirven el con consentimiento familiar para el estudio e investigación de enfermedades y otras son por orden judicial para saber si ha sido por muerte violenta. Como vemos el celador es participe desde que empieza hasta que termina la autopsia.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en la sala de autopsias, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo forense y tratando siempre con máximo respeto el cuerpo del fallecido.

6 Bibliografía

web patologias.es. web scielo. web celadores online.

Capítulo 262

POSIBLE FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE CENTROS HOSPITALARIOS PRODUCIDA POR CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS

JAVIER GONZÁLEZ GARRIDO

1 Introducción

Los campos electromagnéticos son una combinación de campos de fuerza eléctricos y magnéticos invisibles. Se generan por fenómenos naturales, pero también por actividades humanas, principalmente por el uso de la electricidad.

La mayoría de los campos electromagnéticos creados por el hombre invierten su dirección con el tiempo a una frecuencia específica, que va desde las altas radiofrecuencias (RF) -como las utilizadas por los teléfonos móviles-, pasando por las frecuencias intermedias (IF) -como las generadas por las pantallas de los ordenadores- hasta las frecuencias extremadamente bajas (ELF) -como las generadas por las líneas eléctricas-.

La exposición a los campos electromagnéticos provoca efectos biológicos inmediatos si son lo suficientemente fuertes. Los efectos van desde la estimulación de nervios y músculos hasta el calentamiento de los tejidos corporales, dependiendo de la frecuencia. Se han establecido directrices de exposición para proteger contra estos efectos.

Está bien documentado que, a determinadas frecuencias, los campos electromagnéticos fuertes pueden provocar reacciones específicas en los tejidos vivos:

- A frecuencias de hasta unos 100 kHz (en la gama de ELF e IF) - estimulación de nervios y músculos.
- Por encima de 100 kHz (en la gama de RF): calentamiento del tejido corporal.

Estos efectos biológicos son inmediatos, y las directrices de exposición existentes, como las emitidas por la Comisión Internacional de Protección contra la Radiación No Ionizante (ICNIRP), se han establecido para proteger contra ellos.

Más de 2.000 millones de personas utilizan teléfonos móviles en todo el mundo. El uso del teléfono móvil es común en Europa y la proporción de usuarios puede alcanzar el 80% o más. La mayoría de las comunicaciones móviles en Europa utilizan la tecnología GSM o UMTS. La Unión Europea ha establecido límites de seguridad para la energía absorbida por el cuerpo por la exposición a un teléfono móvil. Los teléfonos móviles que se venden en Europa deben someterse a pruebas normalizadas para demostrar su conformidad con las especificaciones del Comité Europeo de Normalización Eléctrica (CENELEC).

2 Objetivos

- Determinar la posible incidencia de la exposición prolongada a distintos campos electromagnéticos, en particular, las altas radiofrecuencias, en la salud de las personas y en concreto del personal de centros hospitalarios.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de informes científicos pertinentes, así como de estudios realizados por Organizaciones ajenas a la industria de la telefonía y de Grupos Independientes de Expertos de dicha industria, prestando especial atención a los posteriores al año 2000. También se han revisado dictámenes y recomendaciones provenientes de Organismos de la Unión Europea, así como la legislación española de desarrollo.

4 Resultados

Los campos de radiofrecuencia (RF) tienen muchas aplicaciones en las comunicaciones modernas. Entre las fuentes conocidas se encuentran los teléfonos móviles, los teléfonos inalámbricos, las redes locales inalámbricas y las torres de transmisión de radio. Los escáneres médicos, los sistemas de radar y los hornos de microondas también utilizan campos de radiofrecuencia. Las radiofrecuencias van de 100 kHz a 300 GHz.

Las RF suelen expresarse a efectos de dosimetría en forma de tasas de absorción específica (SAR). Las SAR son el fundamento de la práctica totalidad de directrices sobre exposición a RF. La SAR se define en vatios por kg (W/kg) y es la tasa de absorción de la energía de RF por unidad de masa de tejido. Representa la energía absorbida por unidad de masa en un determinado intervalo de tiempo. Los niveles de SAR se pueden referir al cuerpo entero o a partes específicas. La SAR puede verse afectada por diversos factores físicos, biológicos y ambientales.

Entre las fuentes que operan cerca del cuerpo humano están los teléfonos móviles e inalámbricos, el Bluetooth y los dispositivos Wi-Fi. La mayor exposición proviene de los teléfonos móviles, cuya SAR va desde 0,2 a 1,5 W/Kg (en situación de máxima potencia), mientras que los límites aconsejables para la exposición ocupacional de SAR promedio en todo el cuerpo es de 0,4 y el SAR localizado en cabeza y tronco, de 10.

Cuando se expone a campos de radiofrecuencia, el cuerpo absorbe energía con el tiempo. La cantidad de energía de radiofrecuencia que un individuo absorbe cada día no es evidente, ya que la exposición depende de muchos factores, especialmente de la distancia a las distintas fuentes. La intensidad del campo disminuye rápidamente con la distancia, lo que significa que una persona puede absorber más energía de un dispositivo utilizado de cerca -un teléfono móvil de mano, por ejemplo- que de una fuente más potente, como una torre de transmisión de radio, que está más lejos.

Se necesita evaluar el efecto de la exposición a largo plazo a un nivel bajo de campos electromagnéticos, ya que los campos de bajo nivel están omnipresentes en nuestro entorno.

Desde la adopción del dictamen de los “EFECTOS DE LOS CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS SOBRE LA SALUD” de 2001 del Comité científico sobre toxicidad, ecotoxicidad y medio ambiente (CSTEE), se han llevado a cabo numerosas inves-

tigaciones sobre los posibles efectos en la salud de la exposición a campos de RF de baja intensidad. Estas investigaciones han estudiado una variedad de posibles efectos y han incluido investigaciones epidemiológicas, in vivo e in vitro, es decir, tanto en poblaciones humanas como en el laboratorio.

Las pruebas epidemiológicas generales sugieren que el uso de teléfonos móviles durante menos de 10 años no supone un mayor riesgo de tumor cerebral u otros cánceres en el cráneo, así como tumores benignos del nervio auditivo (neuroma acústico). En cuanto al uso prolongado, los datos son escasos, ya que sólo algunos estudios recientes cuentan con un número razonablemente grande de usuarios a largo plazo. Por tanto, cualquier conclusión es incierta y provisional. Sin embargo, a partir de los datos disponibles, parece que no hay un mayor riesgo de tumores cerebrales en los usuarios de larga duración, con la excepción del neuroma acústico, para el que hay pruebas limitadas de una débil asociación.

Los estudios disponibles actualmente sobre los efectos neurológicos y los efectos sobre la reproducción no han indicado ningún riesgo para la salud a niveles de exposición inferiores a las directrices.

Los estudios realizados en animales no han aportado pruebas de que los campos de radiofrecuencia provoquen cáncer, potencien los efectos de carcinógenos conocidos o aceleren el desarrollo de tumores existentes.

Las investigaciones in vitro (cultivos celulares) no indican de forma fiable que los campos de radiofrecuencia afecten a las células con una exposición no térmica. Sin embargo, es necesario comprender mejor los resultados recientes que sugieren efectos genotóxicos (dañinos para el ADN).

La investigación no ha encontrado hasta ahora pruebas de que la exposición a las señales de radio a niveles inferiores a las directrices de seguridad existentes pueda causar síntomas como dolores de cabeza y mareos en personas especialmente sensibles.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, no se ha demostrado ningún efecto sobre la salud a niveles de exposición inferiores a las directrices de exposición existentes para el público en general. Sin embargo, los datos sobre la exposición a largo plazo y los tumores intracraneales siguen siendo escasos y, en particular, para el neuroma acústico, algunos datos indican que es posible una asociación con los campos de RF de la

telefonía móvil.

Las cuestiones abiertas en relación al cáncer, incluyen la adecuación de los modelos experimentales utilizados y la escasez de datos a niveles de exposición elevados. Estas cuestiones se abordan en los estudios de carcinogenicidad aún en curso y previstos.

En cuanto a las enfermedades distintas del cáncer, se dispone de muy pocos datos epidemiológicos. Una consideración particular es el uso de teléfonos móviles por parte de los niños. Aunque no existen pruebas específicas, existe la preocupación general de que los niños o adolescentes puedan ser más sensibles que los adultos a la exposición a los campos de RF, puesto que su sistema nervioso aún está en desarrollo. Los niños, cuando lleguen a adultos, probablemente tendrán una exposición acumulada más alta en comparación con los adultos actuales. Hasta la fecha no se dispone de estudios epidemiológicos sobre niños.

Los estudios científicos no han logrado respaldar una relación entre la exposición a RF, inferior a los valores de referencia de las actuales directrices de la ICNIRP, y los síntomas autodeclarados (a veces denominados hipersensibilidad electromagnética). Los estudios disponibles sugieren que los síntomas autodeclarados no están correlacionados con una exposición aguda a campos de RF, pero el número limitado de estudios no permite llegar a una conclusión firme.

El desarrollo técnico es muy rápido y las fuentes de exposición a las radiofrecuencias son cada vez más frecuentes. Pero hay una profunda falta de información sobre la exposición individual y la contribución relativa de las diferentes fuentes de radiofrecuencia a la exposición global. Además, no se conocen suficientemente los mecanismos que podrían provocar efectos por debajo de las directrices de seguridad.

Ante la falta de resultados concluyentes, por la falta de estudios de calidad, sobre la inocuidad de la exposición prolongada a campos electromagnéticos no ionizantes, y para garantizar su seguridad, debería limitarse el uso de teléfonos móviles y otros aparatos electrónicos en los centros hospitalarios, puesto que su personal, se encuentra doblemente expuesto, tanto por éstos (propios y de pacientes/visitantes) como por otros aparatos utilizados para diagnósticos médicos, como por ejemplo los de resonancia magnética.

6 Bibliografía

1. Dictamen del CSTEE sobre los “Efectos de los campos electromagnéticos sobre la salud”. Comisión Europea. 30 oct 2001.
2. Real Decreto 1066/2001 por el que se aprueba el reglamento que establece condiciones de protección del dominio público radioeléctrico, restricciones a las medidas radioeléctricas y medidas de protección sanitaria frente a emisiones radioeléctricas.
3. Orden CTE/23/2002 por la que se establecen condiciones para la presentación de determinados estudios por operadores de servicios de radiocomunicaciones.
4. Informe sobre la exposición del público en general a las emisiones radioeléctricas de estaciones de radiocomunicación. Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información. Abril 2003.
5. “Health and electromagnetic fields”. Comisión Europea. 2005. https://www.etsist.upm.es/estaticos/catedra-coitt/web_salud_medioamb/documentos/brochure_en.pdf
6. RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO de 12 de julio de 1999 relativa a la exposición del público en general a campos electromagnéticos (0 Hz a 300 Ghz). Diario Oficial de las Comunidades Europeas (1999/519/CE)
7. Campos electromagnéticos y salud pública. Informe Técnico Elaborado por el Comité de Expertos. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
8. Campos electromagnéticos y salud: Información y Percepción de riesgo en la población general. Estudio realizado por Demoscopia para la Asociación Española Contra el Cáncer. 2004.
9. Teléfonos celulares y el riesgo de cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. Revisión 10 marzo 2022.
10. Estableciendo un diálogo sobre los riesgos de los campos electromagnéticos. OMS. 2011.
11. Campos electromagnéticos y salud pública: teléfonos móviles. OMS. 8 oct 2014.
12. Las ondas electromagnéticas. La salud, ¿amenazada? OCU-SALUD N° 47 ABRIL-MAYO 2003.
13. Campos electromagnéticos y salud. Subdirección de Salud Pública de Bizkaia. Mayo 2012.
14. Cruz, Juan Guillermo. Límites máximos de exposición a campos electromagnéticos. 26 jul 2017.
15. Guibelalde del Castillo, E. Exposiciones a paciente por campos electromag-

néticos en equipos de imagen por resonancia magnética. Revisión. Vol. 55. Núm. S2. Páginas 2-8 (Diciembre 2013).

Capítulo 263

LAS DIETAS Y EL PINCHE DE COCINA

ALICIA MORENO PÉREZ

BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ

ANTONIO IGUAL FERNANDEZ

FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

1 Introducción

Las dietas de los hospitales escogen los alimentos que son más idóneos para cada paciente, para asegurar que un enfermo conserve o logre un buen estado de nutrición además de contribuir a su bienestar social y físico. El objetivo de las dietas es conseguir un efecto preventivo de mantenimiento o terapéutico.

La dieta terapéutica sirve para ayudar a que cada paciente se recupere lo antes posible y mantenga su salud todo el tiempo que se pueda.

En los hospitales hay una variedad de enfermos que ingresan con alergias, intolerancias, enfermedades, niños pacientes oncológicos, etc... Es una cantidad de dietas las que se hacen diariamente elevadas, por lo que la cantidad de platos que se realizan a la hora de la pre-elaboración, elaboración, emplatado y reparto es complicado, por eso una buena organización y reparto de funciones será lo más indicado para desarrollar lo mejor posible el trabajo a realizar.

Las dietas hospitalarias son un elemento esencial en el proceso de recuperación del enfermo, que parte de sus necesidades y restricciones, de ahí que su naturaleza sea esencialmente individualizada.

El paciente puede tener sus preferencias en gustos y los alimentos que figuran en su dieta terapéutica aunque puede que no sean de su agrado.

2 Objetivos

Exponer las dietas que se elaboran en los hospitales y conocer el papel del pinche de cocina del ámbito hospitalario respecto a ella.

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.

4 Resultados

Los nutricionistas son los encargados de realizar las dietas y el personal de cocina el que elabora los correspondientes platos, ellos se esfuerzan para que los menús sean variados y del agrado del paciente. Hay varios tipos de dietas entre ellas:

- Dieta basal: Es la dieta mas utilizada para aquellos pacientes que no necesitan ninguna modificación en su dieta, ya que pueden comer de todo sin ningún problema. Se trata de una dieta de aproximadamente 2500 kcal.
- Dieta líquida: Es la formada por líquidos claros como son las infusiones o los zumos. Está pensada para aquellos pacientes que llegan de quirófano y están empezando a tolerar, o antes de ir a quirófano si se trata de operaciones intestinales.
- Dieta semilíquida: Es la dieta en la que a los líquidos de la dieta anterior se le añaden alimentos semisólidos como yogures, natillas, sopas, leche, flan, etc. Utilizada para pacientes con dificultades para masticar o deglutir.
- Dieta blanda: Muy parecida a la dieta basal en cuanto a aportación energética, pero esencialmente formada por alimentos cocidos o blandos. También es pensada para pacientes con dificultades para masticar.
- Dieta astringente: Esta dieta esta indicada para aquellos pacientes que sufren una gastroenteritis, o cualquier enfermedad que pueda provocarle diarrea. Es una dieta sin residuos, muy pobre en fibra e irritantes intestinal, como el arroz blanco, pollo, pescado, pan, etc.

- Dieta especial por sonda nasogástrica o enteral: La alimentación por vía nasogástrica mediante sondaje, está indicada para aquellos pacientes que no puede ingerir los alimentos de forma normal o independiente.
- Dieta hipocalórica de 1500/2000 kcal: Son dietas bajas en calorías y sin azúcar utilizadas en pacientes diabéticos o con exceso de peso
- Dieta absoluta o ayuno: Es la restricción completa de la ingesta de alimentos y líquidos. Se indica para aquellas personas que van a ser operadas, que empiezan este ayuno aproximadamente ocho horas antes de la operación. También se dejan en ayunas a los pacientes de postoperatorio inmediato.

5 Discusión-Conclusión

El papel del pinche de cocina en su elaboración de la dieta será con seguimiento de las instrucciones por eso debe ser realizado por el personal cualificado.

La cantidad de diferentes dietas utilizadas en el ámbito hospitalario es mucho mayor, y cualquiera de ellas puede ir con o sin sal, dependiendo de la orden facultativa. En los últimos años se ha avanzado e incluso se han añadido dietas vegetarianas y veganas en menú opcionales a los pacientes que pueden tomar una dieta basal, etc.

Como conclusión destacamos que las dietas deben servir para cubrir las necesidades principales aunque se esté ingresado en un hospital, por eso tienen que adaptarse a las dolencias y patologías que tiene el paciente.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

<https://www.ocu.org/>

[alimentación/comer-bien/noticias/menús-hospitales](#)

Capítulo 264

EL PINCHE DE COCINA Y LA PREVENCION DE RIESGOS Y ACCIDENTES

ALICIA MORENO PÉREZ

BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ

ANTONIO IGUAL FERNANDEZ

FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

1 Introducción

Son muchas las actividades que se desarrollan en los grandes hospitales, si bien su carácter eminentemente sanitario y la relevancia social del mismo muchas veces eclipsan la gran cantidad de actividades paralelas que son necesarias para el buen funcionamiento de un hospital.

En una cocina hospitalaria trabajan un gran número de personas realizando diferentes labores , actividades como el transporte de carros de comida, trabajo de carácter manual con manipulación de alimentos, cierta exposición a suelos mojados por derrames de líquidos, proximidad a fuentes de calor, etc.. A estos riesgos de accidente se añade la incorporación de personal eventual con escasa experiencia que aumenta la posibilidad de accidentes.

Cabe destacar que es una obligación de la dirección de la unidad hospitalaria garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores que trabajen en la cocina, debiendo realizar la prevención de los riesgos laborales mediante la adopción de cuantas medidas según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

De entre los accidentes con baja que se producen en cocinas hospitalarias los más numerosos son contusiones, caídas, cortes o quemaduras. Sin embargo existe un grupo de accidentes que si revisten especial gravedad, como es el caso de úlceras en ojos, queratitis cáusticas, dermatitis o quemaduras químicas, producidas por la manipulación de productos químicos peligrosos.

2 Objetivos

Describir los factores de riesgo asociados al trabajo en la cocina hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la cocina de hospital el pinche de cocina está expuesto a posibles accidentes entre los que destacan los siguientes:

- Cortes y pinchazos debido a la manipulación de los alimentos principalmente con los cuchillos de diferentes tamaños y en ocasiones con el filo poco afilado con lo que aumenta la posibilidad de accidente. Los cuchillos deben estar bien afilados, dotados de mangos anti deslizantes y en buen estado.
- Caídas, las caídas en las cocinas es uno de los accidentes más concurrentes y una de las causas que genera más bajas laborales. En una cocina se trabaja con líquidos como pueden ser aceites, agua, caldos, etc. Es común que estos productos se puedan derramar en el suelo provocando que aumente el riesgo de caída. El suelo se debe de mantener lo más limpio posible. Se recomienda la utilización de

calzado antideslizante y extremar el cuidado en las cámaras frigoríficas y en las cintas de emplatado.

- Golpes, en una cocina de hospital se trabaja con un gran número de utensilios, como marmitas, carros, bandejas Gastronor, dicho material se tiene que almacenar en grandes cantidades y es habitual la caída de estos materiales y que el trabajador se pueda golpear.

- Quemaduras, estas también forman unos de los accidentes habituales en la cocina debido a la exposición de calor utilizadas en el cocinado y a la utilización de líquidos a altas temperaturas, como aceite o agua.

- Sobreesfuerzos. Se recomienda utilizar carros y transpaletas para transportar los objetos pesados. Al hacerlo de forma manual, se realizarán transportando el menor peso posible, manteniendo la espalda recta y la carga cerca del cuerpo.

- Sobrecarga Física y Fatiga postural. Se debe evitar posturas forzadas y alternar las tareas a realizar (preparar alimentos, cocinar, fregar...) en la medida de lo posible dentro del Servicio.

- Incendio y explosiones. Se debe avisar a los compañeros y superiores sin crear alarma y una vez activado el Plan de Emergencia del centro observar las indicaciones de los equipos de intervención.

- Productos químicos. Se recomienda utilizar los equipos de protección recomendados por el fabricante para su manipulación, no mezclar productos de limpieza salvo que el fabricante contemple esa posibilidad y ante cualquier fallo o avería de la máquina comunicarlo al superior para que se pueda avisar al Servicio de Mantenimiento.

5 Discusión-Conclusión

Existen numerosos riesgos para el trabajador de una cocina y la dirección tiene la responsabilidad de garantizar la seguridad del empleado, por lo que se considera importante las reuniones periódicas abordando temas de prevención, la dotación de herramientas adecuadas de trabajo.

El pinche, o cualquier trabajador en la cocina, tiene que ser profesional e implicarse al máximo posible en realizar su trabajo de la manera más segura posible, haciendo uso de los equipos de protección que se le ofrecen para realizar el trabajo diario.

El personal de cocina no debe permanecer ajeno a la organización preventiva del establecimiento. Son quienes mejor conocen la realidad del trabajo diario y las condiciones de seguridad y salud, pudiendo detectar cualquier anomalía, defecto o irregularidad que pueda afectar a su seguridad o su salud.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/prevencion-riesgos-cocina-hospitalaria/>
www.scielo.org
www.google.es

Capítulo 265

EL PINCHE DE COCINA Y LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS

ALICIA MORENO PÉREZ

BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ

ANTONIO IGUAL FERNANDEZ

FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

1 Introducción

La alimentación hospitalaria se caracteriza porque afecta directamente a la salud de los pacientes y además es uno de los principales factores que se tienen en cuenta a la hora de valorar la calidad asistencial de los enfermos. También es importante destacar que al servicio de alimentación va destinado un porcentaje importante del presupuesto del hospital, de ahí a necesidad de desarrollar medidas para garantizar la calidad y seguridad alimentaria.

La comida en hospitales y clínicas no ha gozado de buena fama. Sin embargo, actualmente en las clínicas han tomado consciencia de la importancia que tiene cuidar la alimentación de sus pacientes hospitalizados, no solo para que estos se mantengan bien alimentados, sino para que además disfruten del momento y de la comida.

Por eso, los menús que se sirven en los hospitales no solo pasan rigurosos controles de calidad y seguridad alimentaria, sino que además exigen de un largo

proceso de planificación, evitando aquellos alimentos o aditivos alimentarios que perjudican a su salud y disfrutando del bienestar que aporta el momento de la comida.

Desde el punto de vista nutricional la comida de hospital debe de ser muy completa dado que va dirigida a personas que esten convalecientes y enfermas.

2 Objetivos

Conocer como pinches de cocina que trabajan en un hospital, algunos de los factores que pueden influir en la variación de la calidad de los alimentos, como parte de la formación básica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica en artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google con palabras clave “calidad del alimento en las cocinas hospitalarias”.

4 Resultados

Las características relacionadas con la calidad de los alimentos pueden verse afectadas por muchos factores , casi todos ellos están relacionados con las condiciones ambientales que rodean a las materias primas y a los alimentos utilizados y también están relacionados con las prácticas humanas que se realizan en los procesos de elaboración de los mismos.

La cocina o restauración hospitalaria tiene un objetivo claro: conseguir que el paciente se recupere lo antes posible y mejore de su enfermedad. Tan importante son los ingredientes utilizados en la elaboración de los platos para que los alimentos conserven al máximo sus nutrientes, al mismo tiempo que resulten apetitosos. En estas labores participan un grupo de expertos como son los dirigentes, el personal de gestión, dietética y restauración, que se encargan de planificar los menús, comprar los ingredientes y supervisar el proceso de elaboración, desde el cocinado hasta el servicio del plato al enfermo, los jefes y encargados de cocina velarán porque todo salga conforme a lo previsto y no haya fallos en la elaboración, almacenamiento y servicio de los menús y, finalmente, los cocineros,

pinches y el personal auxiliar que se encargan de cocinar los alimentos, de servirlos y de mantener la seguridad alimentaria en la cocina.

Las prácticas humanas que se realizan durante el proceso de elaboración del alimento desde su obtención hasta su consumo final están muy estrechamente ligadas a su calidad. Cualquier cambio físico que se produzca por un maltrato del alimento durante la cosecha, el procesamiento o la distribución del mismo va a reducir la vida útil del alimento, por ejemplo los golpes en las frutas y hortalizas. Así mismo aquellos productos frescos que no se conserven en unas condiciones de humedad adecuadas pueden llegar a marchitarse.

5 Discusión-Conclusión

La calidad en el ámbito de la cocina hospitalaria debe de medirse no solo con los objetivos internos, sino también con la satisfacción del usuario.

El pinche de cocina hospitalaria tiene dentro de sus funciones gran variedad de tareas que influyen directamente en la calidad del servicio.

La humedad, temperatura y las condiciones del suelo pueden comprometer en gran medida la calidad del alimento, así como también las prácticas humanas que se realizan durante el proceso de elaboración de los alimentos. Pueden producirse también contaminaciones físicas, químicas y biológicas que pueden resultar enormemente perjudiciales para la salud de los pacientes ingresados.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/5/calidadcocina.pdf>

Capítulo 266

EL CELADOR Y LOS ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN

MONICA MERO CAMACHO

LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA

MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ

JOSEFA SEGOVIA HARO

1 Introducción

Una de las funciones principales de las Instituciones Sanitarias es la investigación, y una parte esencial de la investigación es la experimentación con animales. Por ello, el Estatuto de Personal no Sanitario se refiere a “los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios”, estableciendo en el artículo 14-2.21 de dicho Estatuto entre las funciones de los celadores que: “Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquéllas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los médicos, supervisoras o enfermeras que las sustituyan en sus ausencias”.

Las dependencias del hospital donde se realizan experimentos con animales, se denomina Animalario, también, conocido como Estabulario, en él se cuidan a los animales que van a ser sometidos a un proceso de experimentación, su finalidad es asegurar dicha protección y, en particular, que a los animales utilizados se les concedan los cuidados adecuados; que no se les cause innecesariamente dolor,

sufrimiento, angustia o lesión prolongados; que se evite toda duplicación inútil de procedimientos, y que el número de animales utilizados en los procedimientos se reduzca al mínimo, aplicando en lo posible métodos alternativos.

La utilización de animales en los procedimientos, docencia u otros fines científicos sólo podrá tener lugar cuando esta persiga los siguientes fines:

1. La investigación científica, el desarrollo y la fabricación de productos farmacéuticos y alimenticios y otras sustancias o productos, así como la realización de pruebas para verificar su calidad, eficacia y seguridad.
2. La protección del medio ambiente natural, en interés de la salud o del bienestar del hombre o los animales y mantenimiento de la biodiversidad.
3. La educación y la formación.
4. La investigación médico-Legal.

Como debe ser el cuidado y alojamiento de los animales:

- Que las instalaciones y las condiciones ambientales en las que se críen, mantengan, custodien o se utilicen los animales de experimentación, posean un adecuado nivel de bienestar y que ello se verifique diariamente.
- Proporcionar a los animales unas condiciones adecuadas de alojamiento, libertad de movimientos, alimentación, bebida y cuidados que aseguren su salud y bienestar.
- La eliminación, en el plazo más breve posible, de cualquier deficiencia que provoque alteraciones en el estado de salud o bienestar de los animales, con las alarmas necesarias.
- Las normas e instrucciones, deben constar por escrito, así como un plan de actuación en caso de emergencia o catástrofe.
- Evitar el acceso al interior de las instalaciones personal no autorizado.
- El bienestar y salud de los animales serán supervisados por personal competente, para prevenir sufrimiento, dolor, angustia o daño.
- Disponer de instalaciones adecuadas para la realización de necropsias.
- Todas las jaulas o sistemas de confinamiento de animales deberán estar etiquetados y en la etiqueta se consignarán los datos de identificación de los animales allí alojados. A menos que no sea posible, se especificarán, como mínimo, los datos que se relacionan: especie, raza, cepa, sexo, fecha de nacimiento, fecha de cruce, y número de animales.

En cada centro se designará una persona responsable del cuidado de los animales y del funcionamiento de los equipos. El responsable de la salud de los animales será un veterinario con formación especializada en animales de experimentación.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Detallar las funciones del celador en los quirófanos experimentales y laboratorios de animales, denominados Animalario.

Objetivos secundarios:

- Exponer cómo debe ser el cuidado y el alojamiento de los animales.
- Describir los fines para los que se pueden utilizar animales.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de Google Académico, Elsevier, Scielo, Cuiden y PudMed; se han utilizado como palabras claves de búsqueda los términos, celador, animalario, animales en experimentación.

4 Resultados

Funciones del celador en el animalario:

Distribución de los Animales:

- Deben disponerse a las distintas especies animales de la forma más adecuada posible para su bienestar, con suficiente espacio y condiciones necesarias.
- No se debe mezclar machos y hembras en caso de que no sea necesaria la procreación.
- El acceso a los animales debe ser fácil para el buen control de los mismos.
- Se cumplirán las directrices recibidas.

Cuidado de los Animales:

Según las características y la situación de los mismos, se les prestarán todos los cuidados que les sean necesarios.

Alimentación:

- Deben alimentar a los animales según especie y edad, de acuerdo con sus características y necesidades, y de forma equilibrada. Se deben considerar situaciones especiales que requieran ayuno o dieta líquida.
- El alimento será administrado según la composición por cilindros, comprimidos, gránulos, etc., y se emplearán preparados industriales cuando se precisen por su calidad nutritiva y sanitaria.
- Los bebederos deben estar siempre abastecidos de agua.

Limpieza de Habitáculos:

- Lavarán las jaulas, lechos, comederos y bebederos de los animales, con la frecuencia necesaria para mantener las condiciones de higiene, requeridas para evitar los malos olores y las posibles infecciones.
- Desalojarán los cadáveres por muerte natural u otros motivos, y procederán según el protocolo del hospital a su incineración o enterramiento.
- Limpiarán y esterilizarán, unas tres veces por semana, las bandejas que se emplean para recoger los excrementos.
- Asearán a los animales que tengan que someterse a alguna prueba.

Procreación:

- Existen animales que, por sus características, son traídos de forma específica para determinados casos y no es necesaria su procreación.
- En el caso de animales de fácil procreación como ratas y conejos, mantendrán el número de ejemplares necesarios para el experimento. No en exceso, pues supondría más trabajo y mayores gastos.
- Traslado de los animales de unas dependencias a otras.
- Colaboración en el experimento.

Hay casos en los que se requiere la presencia del Celador para:

- Sujetar al animal por sus dimensiones.
- Rasurar zonas concretas.
- Captura y recuperación de animales que escapan de las jaulas por descuidos o puertas abiertas.

5 Discusión-Conclusión

La experimentación con animales ha suscitado muchas críticas por las asociaciones defensoras de los derechos de los animales, ésta, debe ser realizada de forma ética y humana, ya que supone una pieza clave para el avance de la medicina. Por lo tanto, gracias a esas técnicas empleadas, se han podido realizar numerosos tratamientos y vacunas para muchas patologías que afectan a los seres humanos, produciendo también grandes beneficios para los propios animales, ejemplos claros son las vacunas que hoy en día podemos poner a nuestros perros y gatos, o los antibióticos, analgésicos y anestésicos de los que se benefician todos los animales.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 53/2013, de 1 de febrero, por el que se establecen las normas básicas aplicables para la protección de los animales utilizados en experimentación y

otros fines científicos, incluyendo la docencia.

2. Estatuto de Personal no Sanitario. artículo 14.2.21

3. Normas éticas para el cuidado y utilización de los animales de experimentación. M.A. Aller Royero, Rodríguez Gómez, G. Rodríguez Fabián.

4. Animales utilizados en experimentación, necesidad de su protección. DR. C Roberto Cañete Villafranca. 5. Centro provincial de higiene, epidemiología y microbiología. Cuba 2016.

6. Celadoresonline.blogspot.com. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-22-funciones-del-celador-en-la.html> .

7. Revista Electrónica de Portales Médicos. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/animales-requeridos-para-experimentacion-einvestigacion-en-el-animario-y-el-papel-que-desempena-el-celador-en-este/>.

Capítulo 267

CLASES DE CELADORES SEGÚN SU ÁREA DE TRABAJO

MONICA MERO CAMACHO

LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA

MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ

JOSEFA SEGOVIA HARO

DESIDERIO GÓMEZ VELASCO

1 Introducción

En el estatuto de personal no sanitario se encuentran todas aquellas normas por las que se rige el cuerpo de celadores, en él se contemplan todos los aspectos importantes para el buen desarrollo de su trabajo, las clases de celadores y las funciones según el área de trabajo donde efectúen su labor.

Es necesario señalar que a pesar de existir una clasificación de celadores según la zona o área de trabajo en la que estén destinados y de las funciones que en ella deban realizar, muchas de estas funciones son similares a las que realizan celadores clasificados en otras categorías, por ejemplo un celador de unidad de cuidados intensivos y un celador de planta estarán encargados de colaborar en la movilización del paciente, igualmente un celador de puerta comparte funciones con un celador de centro de salud o celador de ambulatorio ya que ambos se encargan fundamentalmente del mantenimiento del orden del área asignada, procurar el silencio y de atender e informar a los pacientes y sus familiares o acompañantes,

partiendo de esta idea nos vamos a centrar en el estudio de los diferentes tipos de celadores sanitarios según las funciones que deben cumplir atendiendo al área donde estén destinados

2 Objetivos

- Exponer e indicar las diferentes clases de celadores según su área de trabajo.
- Describir las funciones del celador según su clasificación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen diferentes tipos de celadores cuyas funciones están determinadas dependiendo del lugar donde desarrollen su labor, entre ellos nos encontramos los siguientes:

1. Celador encargado de turno: en cada turno existe un celador designado por el director, a propuesta del administrador o a quien competen las mismas funciones que al jefe de turno por delegación del mismo. Las funciones de este son de gran importancia ya que debe apoyar y sustituir al jefe de personal subalterno.
2. Celador de ambulancia: su función principal es la del transporte del enfermo en silla de ruedas o en camilla desde el lugar en que se encuentre ubicado en un principio hasta el centro hospitalario.
3. Celador de lavandería: se encarga de la descarga, clasificación y almacenaje de la ropa sanitaria y de cargarla de nuevo en los camiones para su transporte y distribución a los centros de procedencia.
4. Celador de ambulatorio: las funciones del celador de ambulatorio son muy similares a las que realiza un celador de puerta, cuida del orden de las diferentes dependencias, vigila el comportamiento de los pacientes y sus acompañantes buscando conseguir un ambiente agradable y en silencio, así mismo informan acerca del lugar, fecha y hora de las consultas a los pacientes y ayudan al traslado

de aquellos pacientes que no puedan valerse por si mismas, también son los responsables del traslado de documentación y materiales que le sean requeridos y habrá de ayudar al personal sanitario en las curas o pequeñas intervenciones cuando sea preciso.

5. Celador de urgencias: la labor de este consiste en el traslado del enfermo a la consulta del medico bien en silla de ruedas o en camilla ayudar a colocarle en la mesa o camilla de la consulta, entregarle al celador de planta para su transporte y permanecer en la de urgencias a la espera de que se vuelva a requerir su ayuda.

6. Celador de quirófano: se encarga del traslado del paciente quirúrgico al quirófano y de este a la sala de despertar y viceversa, además se encargara del manejo y el traslado de los aparatos y mobiliario dentro de área quirúrgica y de ayudar al posicionamiento del paciente en la mesa de operaciones. Y del traslado de los fallecidos al mortuario.

7. Celador de necropsias: su función es la de colaborar en las autopsias, realizara el traslado del cuerpo a la mesa de autopsias y viceversa, deberá colaborar con el forense en lo que este le requiera siempre que no sea del manejo del instrumental, y además será de su competencia la limpieza de la sala y del instrumental utilizado.

8. Celador de planta: las funciones del celador de planta son muy diversas, entre ellas podemos señalar la de ayuda a la movilización y aseo del paciente, realizar el traslado de los enfermos, traslado de aparatos y mobiliario, control de la entrada y salida de visitas entre otras.

9. Celador de UCI: el celador de uci debe de estar preparado para movilizar al paciente de forma delicada, para ello es sumamente importante que conozca las posiciones mas habituales en las que se ha de colocar un paciente critico y tener los conocimientos necesarios para movilizarlo sin causar menosprecio en la salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Durante este estudio hemos visto las diferentes clases de celadores y las múltiples y diferentes funciones que ha de conocer y a pesar de que algunas de ellas son compartidas por los diferentes tipos podemos decir que el celador con independencia de la unidad a la que se destine y además de estar física y psicológicamente capacitado para el desarrollo de sus funciones que ha de ser una persona dinámica capaz de adaptarse a las distintas situaciones con las que se pueda encontrar en los distintos escenarios donde desarrolle su trabajo ya que podríamos denominar la profesión de celador como una profesión polifacética.

6 Bibliografía

- Funciones y Tipos de Celadores - Celadores.org (auxiliar-enfermeria.com)
- FUNCIONES de los CELADORES del SERVICIO MURCIANO DE SALUD
- celadoresonline.blogspot.com
- Celadores.org - FUNCIONES y TIPOS de CELADORES

Capítulo 268

EL CELADOR ANTE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

MONICA MERO CAMACHO

LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA

MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ

JOSEFA SEGOVIA HARO

DESIDERIO GÓMEZ VELASCO

1 Introducción

Una enfermedad transmisible es aquella cuya causa es un agente infeccioso específico que es el causante a su vez de la transmisión de este agente mediante un reservorio a un huésped susceptible, ya sea de forma directa mediante una persona o animal infectado o de forma indirecta a través de un huésped intermediario, de un vector o fómite, o del medio ambiente.

Las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos como bacterias, virus, parásitos u hongos.

Algunas de las enfermedades infecciosas más comunes son: la gripe, la fiebre tifoidea, mononucleosis, herpes, rabia, hepatitis vírica, tuberculosis, tétanos y más recientemente tenemos un ejemplo claro del virus del COVID-19 que hemos sufrido a lo largo de este año y se ha convertido en una pandemia a nivel global. Los eslabones que pertenecen a la cadena epidemiológica para el desarrollo de una enfermedad infecciosa o infecto-contagiosa son: el agente infeccioso, la vía

o mecanismo de transmisión y el huésped.

Si alguno de los eslabones de la cadena anteriormente mencionados se rompe la infección no se producirá.

La evolución de la infección va a depender en gran medida de la inmunidad (interna o externa) que posea el individuo para hacer frente al agente patógeno que causa la enfermedad.

Son muy importante para la inmunidad el uso de vacunas ya que son un procedimiento de protección y prevención para el individuo que le ayudará a hacer frente a una enfermedad transmisible.

2 Objetivos

Explicar para celadores que trabajan en un centro hospitalario algunas recomendaciones y unos conocimientos básicos en cuanto a la infección intrahospitalaria para ayudar a evitar posibles riesgos en el desarrollo de sus funciones.

3 Metodología

Revisión bibliográfica basada en la evidencia científica con la búsqueda en bases de datos más importantes, así como la revisión de libros, artículos especializados y material formativo, así como también en la consulta de revistas científicas y bases de datos como PubMed.

4 Resultados

El celador es uno de los empleados que más se mueve por todo el hospital y está en contacto con todo tipo de pacientes, por lo que es un vehículo de transporte de microorganismos patógenos que pueden dar lugar a la transmisión de infecciones a otros profesionales que trabajen en el centro, a pacientes y por supuesto a sí mismo.

Por este razón debe llevar a cabo las medidas profilácticas y de barrera necesarias para prevenir en la medida de lo posible la transmisión de los agentes patógenos. Toda lesión cutánea como pueden ser cortes o heridas debe de ser cubierta por parte del personal antes de iniciar la actividad laboral ya que es una vía de entrada para los microorganismos.

Uno de los principales métodos para frenar el contagio de enfermedades infecciosas a nivel intrahospitalario es el aislamiento, éste consiste en separar a los

pacientes contaminados o contagiosos de los demás enfermos y del propio personal, para prevenir la propagación de la infección.

Antes de entrar en una habitación de aislamiento debemos de llevar a cabo una serie de acciones como reunir todo el material que vayamos a necesitar durante el proceso asistencial que vayamos a realizar al paciente, realizar una buena higiene de manos (tanto antes como después), usar el equipo de protección individual (EPI) que corresponda según el tipo de aislamiento siguiendo el orden adecuado. Y al salir llevaremos a cabo nuevamente la retirada del EPI según el orden correspondiente y una buena higiene de manos que evite la propagación de los microorganismos.

Hay una serie de medidas básicas que podemos también llevar a cabo de manera habitual para reducir el contagio de microorganismos, como pueden ser el lavado de manos de forma habitual, la limpieza y desinfección de forma habitual de los espacios, la esterilización y desinfección del material de uso clínico y una correcta eliminación de los objetos cortantes y punzantes, así como un buen uso de los equipos de protección individual.

Los equipos de protección individual son prendas de aislamiento o barrera utilizados para intentar impedir la transmisión y propagación de microorganismos patógenos, tanto de los profesionales de la salud al paciente como viceversa y evitar la aparición de enfermedades infecciosas. Entre ellos podemos destacar: bata, guantes, mascarilla, calzas, gorro y gafas de protección.

Dentro de los centros hospitalarios es muy importante la incidencia de las enfermedades nosocomiales que son aquellas enfermedades microbianas, reconocibles de forma clínica que afectan a los individuos como consecuencia de su estancia hospitalaria y al personal sanitario por la realización de su trabajo.

Estas enfermedades pueden provocar que se agrave la situación clínica o enfermedad de base de un paciente además de alargar su estancia hospitalaria y aumentar la probabilidad de mortalidad del paciente.

El servicio de medicina preventiva es el encargado del control de este tipo de enfermedades.

En caso de sufrir un accidente que implique estar en contacto con materia biológica de un paciente infectado (rotura de guantes, pinchazos...) el celador debe de ponerse en contacto de forma inmediata con el superior jerárquico para ponerse en contacto con el servicio de prevención.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como celadores que trabajan en un centro hospitalario algunas generalidades y conceptos básicos en materia de infección intrahospitalaria, hemos conocido que son las enfermedades nosocomiales, que agentes pueden causarlas (virus, bacterias, hongos...), algunas de las enfermedades más comunes, que son los equipos de protección individual así como una serie de medidas básicas como la higiene de manos, el uso de EPI, la correcta eliminación del material biológico o peligroso, la esterilización del material de uso clínico o quirúrgico (instrumental, equipos...) y la limpieza y/o desinfección del medio de forma rutinaria que evite la acumulación de microorganismos patógenos.

También sabemos que quien se encarga de controlar esto es el servicio de medicina preventiva.

6 Bibliografía

1- Actuación del celador en la prevención de infecciones nosocomiales revista médica y de enfermería- Junio 2020- disponible en <https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/actuacion-celador-prevencioninfecciones-nosocomiales/>

2- ¿Qué es una infección nosocomial?- el comercio- disponible en https://www.google.com/amp/s/www.elcomercio.es/asturias/infeccion-nosocomialoposicion-celadores-examen-asturias-20190311015953-ntvo_amp.html

3- Infección nosocomial- Francisco Rodríguez- 17/04/2020- disponible en <https://www.google.com/amp/s/www.franrzm.com/infeccion-nosocomial/amp/>

Capítulo 269

EL SERVICIO DE QUIRÓFANO Y LAS LABORES DE SUS CELADORES

JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL

JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO

MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO

LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO

1 Introducción

Hacia el año 1931 Paul Nelson monta en el hospital de Lille el primer quirófano completamente formado, pero a él lo que más le perturba es la insuficiencia de luz, pero le parece perfecta la seguridad de la extensión quirúrgica y le gusta también la sala que efectúa la división de las salas limpio-sucio.

El quirófano es una de las zonas o servicios que más debe o tiene que avanzar tecnológicamente hablando durante los siglos.

Los quirófanos antiguamente eran los anfiteatros, allí se realizaban operaciones de todo tipo, los pacientes que eran intervenidos, no tenían anestesia, pues todavía no se había creado, estos pacientes notaban un dolor incalculable e intenso y es por ello que la mayoría fallecían en el acto.

En estas operaciones se podía asistir como público, podía haber más de 500 personas expectantes en las operaciones.

En el año 1840 nace la primera anestesia, es a partir de ese momento cuando la ciencia empieza a avanzar.

En el siglo XXI podemos decir que los quirófanos son una especie de zona específicamente especializada para los hospitales, clínicas, centros médicos... y que está perfectamente acondicionada para poder realizar procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y por supuesto de alta complejidad y se encuentra a la disposición de cualquier enfermo o persona que necesite de ello.

Dentro de la zona hospitalaria, el quirófano es la zona que más dificultad tiene, el quirófano además de ser la zona mas compleja, también es la zona con mas tecnologías de todo el centro hospitalario, ya que cada vez se innova mas en cuanto nos referimos a las operaciones.

Esta zona al ser de alta complejidad y de tan alta esterilización por las patologías de los enfermos, necesita algún que otro requisito más especial de limpieza, además de que debe de cumplir con unos parámetros mas especiales que los del resto de servicios, que no son tan requeridos u obligatorios.

Para la actividad que en los quirófanos se realiza a diario es de vital importancia que se efectúen una serie de cuidados y mantenimientos en esta área, nos referimos a la seguridad e higiene.

Estos dos elementos son fundamentales para mantener y proteger la salud del paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.

2 Objetivos

Nuestro mayor objetivo con este capítulo es conseguir desarrollar las distintas labores o tareas que el celador de esta área debe efectuar diariamente.

3 Metodología

Para la realización de este tan extenso capítulo, hemos obtenido la información de: Quirófano. net, Slide Share, Medline plus.

Nos han ayudado los centros hospitalarios: Hospital universitario 12 de octubre, Hospital universitario Ramón y Cajal. las palabras claves mas utilizadas han sido: celador, paciente y quirófano.

4 Resultados

El área quirúrgica es el conjunto de las diferentes habitaciones donde se encuentran localizados los quirófanos, los pasillos, los vestuarios, las diferentes áreas de lavado y de esterilización. Esta zona se encuentra partida en dos áreas perfectamente distinguidas, la primera es el área aséptica y la segunda es el área séptica.

A su vez estas zonas las podemos encontrar nuevamente distinguidas por la normativa de asepsia, podemos encontrar repartido el quirófano en diferentes zonas y con distintas limitaciones en lo referido al tránsito de personal, al material y a los enfermos.

Tenemos la zona negra o sin limitaciones: tal y como nos indica el nombre, esta zona no tiene límites, ya que está permitido el acceso al interior del área con la ropa de la calle.

En esta área, se encuentra la entrada y el área de cambio, es donde se localizan los vestuarios de quirófano.

Esta área además está muy próxima al área de descanso de todo el personal sanitario que se encuentra trabajando en el quirófano.

Tenemos la zona gris o semilimitada: esta zona del servicio se considera ya una zona limpia, para poder acceder a esta área, hay que ir con el uniforme adecuado al servicio, siendo necesario y además de obligatorio la utilización de calzas, gorro y mascarilla.

En esta zona se encuentran las áreas de limpieza y desinfección del aparataje e instrumental utilizado, aquí también podemos encontrar la labor del embalaje para mandar a esterilización el material utilizado, también se encuentra el área de reposo del personal y además de encontrarse los diferentes almacenes del material, unos almacenes que se utilizan diariamente en el quirófano.

Tenemos la zona blanca o limitada: Esta es un área exclusivamente limitada al personal autorizado.

En esta zona es notablemente imprescindible el uso del uniforme, del gorro, de las calzas y de la mascarilla quirúrgica.

En esta zona se localizan los quirófanos, el antequirófano, las zonas específicas para la efectuación del lavado de las manos, también podemos localizar el almacén de todo tipo del material ya esterilizado y podemos encontrar también la sala de recuperación.

El antequirófano es precisamente el área donde se deben localizar a los celadores mientras se está efectuando la operación.

Cualquier persona del grupo sanitario que trabaje en una zona quirúrgica debe

llevar el uniforme indicado, con las medidas y protocolos de higiene que estén instaurados y cada vez que se deje esta zona, se han de realizar un cambio de uniforme.

El uniforme está compuesto por dos piezas : la casaca y el pantalón, tiene que estar compuesto de algodón con un tejido o malla bastante fuerte para poder prever infecciones, además debe de ser ancho para que nos proporcione una total libertad de movimientos.

El uniforme debe tener un color solido, tranquilizador y además que sea absorbente de la luz.

Hay 4 colores que son los más utilizados: verde quirófano, azul verdoso, verde aceituna y el ultimo que es el más utilizado, un azul celeste.

En cuanto al calzado nos referimos, tenemos llevar un calzado cómodo, fácil de limpiar y con la firmeza de que sea antideslizante.

El calzado adecuado debe de ser: un zueco que cubra tanto talones como los dedos y se tiene que abrochar con un belcro en la parte superior del pie, dejando protegidas toda las zonas del pie.

En respecto a las ocupaciones que un celador de quirófano debe de efectuar cabe especificar:

Ayudarán en las diferentes labores que les sean encomendadas y las tareas que les sean encargadas por los diferentes médicos, supervisores o enfermeras que participen en la cirugía.

Efectuarán el traslado de los enfermos desde su habitación donde se encuentran ingresados hasta la sala de quirófano que les sea indicada, sala de reanimación o viceversa, llevando con ellos siempre el historial clínico del paciente.

Cooperarán en la acomodación idónea del enfermo en la mesa de operaciones.

Ayudarán si es necesario en la retención o movilización de los pacientes que lo necesiten, siempre y cuando los médicos hayan realizado la petición, una petición que también pueden reflejar supervisores o enfermeras.

Realizarán los turnos de guardia que les correspondan y que les pertenezca dentro de lo hablado y señalado.

Señalarán a los diferentes supervisores del mobiliario que se en mal estado o defectuoso, además tendrán que informar de cualquier otro defecto, ya sea de limpieza o de las paredes, techo, suelo...

Con la previa autorización del cirujano, el celador será el encargado de transportar los miembros que hayan sido amputados al mortuario.

5 Discusión-Conclusión

El quirófano es un área bastante crítica, es el área que se encuentra destinada a elaboración de las diferentes operaciones quirúrgicas efectuadas a todos los pacientes que las necesiten.

Es un área con muchas peculiaridades, y por eso la hacen diferente a los demás servicios asistenciales, en esta zona hay que entender al milímetro sus normas de intervención y los diferentes protocolos por los que se rigen para que sea esencial y además para asegurar la salud de los pacientes y así lograr impedir la propagación de cualquier infección.

El punto más importante y que hay que destacar y por el cual hay que hacer un mayor hincapié es que la función principal del celador es el transporte de los enfermos desde el lugar donde se encuentre hospitalizado hasta el quirófano, siendo elemental el saber trasladar al enfermo un gran apoyo y sosiego durante ese recorrido.

El celador tiene que tener una alta capacidad de trabajo en grupo ya que en esta zona es necesario tener un buen trato y tener una buena coordinación en el grupo multidisciplinar del cual forma parte.

6 Bibliografía

Antonio. (2015, diciembre 5). ¿En qué consiste un quirófano? Todo lo que necesitas saber aquí. Operarme.es. <https://www.operarme.es/noticia/387/en-que-consiste-un-quiroyano-todo-lo-que-necesitas-saber-aqui/>

MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/>

Quirófano. (s/f). Quirófano: todo sobre quirófanos en español. Quiroyano.net. Recuperado el 27 de mayo de 2022, de <https://www.quiroyano.net>

Capítulo 270

EL SERVICIO DE URGENCIAS: LOS CELADOR Y SUS LABORES

JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL

JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO

MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO

LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO

1 Introducción

El servicio de las urgencias, es el servicio o área orientada para las necesidades de cualquier enfermo que necesite ser estabilizado, atendido o controlado y de manera inmediata.

Los grupos sanitarios que se encuentran trabajando en este servicio suelen ser un personal multidisciplinar, ya que es el principal servicio con una alta complejidad.

El grupo sanitario de urgencias está formado por varios médicos que suelen ser especialistas, varias enfermeras, varios técnicos de cuidados de enfermería y varios celadores, ya que es un servicio con un gran tránsito de pacientes.

Nos vamos a centrar en las labores que realizar los celadores de forma continuada en este servicio de tan alta complejidad.

El celador deberá actuar según indique el estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, orden del 5 de julio

1971, compuesto por el grupo subalterno en la escala general.

Sus tareas vienen especificadas en el artículo 14, punto 2, además cabe destacar que los celadores como personal estatutario de los servicios de salud que forman el sistema de la nación, se les fijará los que se escriba en la ley 55/2003 del 16 de diciembre del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, En este estatuto están descritas las bases reguladoras del nexo funcional particular del personal estatutario de los servicios de salud.

2 Objetivos

El objetivo que queremos lograr con este capítulo, es enseñar y mostrar las labores que los celadores deben de realizar en uno de los servicios más complejos de cualquier institución sanitaria.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo tan extenso hemos utilizado las siguientes fuentes de investigación: Medline, Auxiliar- Enfermería.

Nos han ayudado los centros sanitarios: Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda. las palabras mas utilizadas en este capítulo han sido: Servicio, Urgencias y Celadores.

4 Resultados

El servicio de urgencias es una zona que se encuentra integrada en las diferentes instalaciones sanitarias, ya sean centros hospitalarios o centros de salud.

Se encuentra pegado a la puerta de acceso a estos centros hospitalarios.

También puede estar unido al hospital, puede tener su propia puerta de acceso, esta puerta de acceso debe estar bien señalizada y diferenciada al resto de las zonas del hospital.

Esta puerta ayuda a que los pacientes accedan mas rápidamente al servicio de urgencias, eso significa que necesitan la ayuda urgentemente.

Hay que saber que una urgencia no es lo mismo que una emergencia, y que a la hora de ayudar a los pacientes que acuden a esa zona solicitando una ayuda médica urgente, puede estar ocasionada por diferentes causas.

Emergencia es la situación complicada en la que se encuentra el enfermo, es decir, que tiene un riesgo vital para el paciente y necesita de una atención inminente.

Urgencia es el estado que trae consigo un riesgo para el enfermo, este debe ser atendido en las primeras 24 o 48 horas.

El servicio de urgencias no se cierra, es decir, tiene que funcionar los 365 días del año y durante las 24 horas del día, también es deber del servicio de urgencias dar una atención tanto especializada como una atención primaria (urgencias en los centros de salud) en caso de que el paciente vaya con unas patologías graves, la atención primaria lo derivará al centro hospitalario mas cercano.

Los enfermos pueden acceder al área de urgencias por diferentes maneras:

Los enfermos pueden ser dirigidos desde su centro de salud por mediación de su médico de atención primaria, por la zona de urgencias de atención primaria o por mediación del área de urgencias extra-hospitalarias o 112.

También pueden asistir al servicio de urgencias por iniciativa propia, es decir, por su propio pie, por mediación de algún familiar o por la ambulancia.

Cuando el enfermo accede al servicio de urgencias, debe dirigirse al mostrador de admisión, aquí le realizarán el registro y le darán una pulsera identificativa, en ella pondrá su nombre, apellidos y número de historial clínico.

Más tarde será valorado por el personal sanitario, es decir, por los médicos o por las enfermeras, estos graduarán la importancia de la patología del paciente, digamos que se orientarán para saber si es urgencia o emergencia.

Seguidamente se le acompañará con un celador al lugar de atención que sea más adaptado a la patología que presente y con el nivel de prioridad que este enfermo necesite, ese área se llama sala de triaje.

El servicio de urgencias, tendrá unas cualidades u otras, dependiendo de la cantidad de atención que se vaya a ofrecer en ese centro de hospitalario.

El área de urgencias debe estar perfectamente localizado con los servicios de uci, quirófano, laboratorios... ya que estos pertenecen a los servicios más complejos de todo centro hospitalario.

Se tiene que diferenciar perfectamente el área de asistencial y el área no asistencial.

La zona de triaje se localiza dentro de las urgencias y además posee un protocolo, ese protocolo es : es la zona por la cual todos y cada uno de los pacientes, deben de entrar a la zona de triaje, esta zona además sirve para ordenar, acoger y clasificar las patologías de los enfermos y darles la atención tan específica que necesitan los pacientes.

Vamos a comenzar la descripción de las diferentes labores que los celadores de urgencias deben de realizar en el día a día, en e servicio de urgencias:

Serán los primeros en recibir a los pacientes, da igual que procedan de las ambulancias o procedan de los vehículos particulares.

Organizarán y colocarán al paciente en la zona de admisión, siempre que la situación lo permita, en caso de que el paciente venga de manera urgente, lo trasladarán directamente a la sala de triaje o a la sala de rea, mientras el familiar se quedará en la zona de admisión dando los datos del enfermo.

Transportarán a los enfermos en sillas de ruedas, camillas, camas o en caso de que el enfermo pueda ir por su propio pie, el celador lo acompañará estando al lado.

Localizarán al personal sanitario cuando sea imprescindible.

Vigilarán las puertas de urgencias, y además deben de tener un gran número de sillas de ruedas y camillas, para lo que pueda suceder.

Custodiarán los diferentes accesos al servicio de urgencias, permitiendo así solo la entrada a las personas autorizadas.

Colaborarán con el personal sanitario en las labores que les sean encomendadas, así como la ejecución de las labores que sean mandadas por sus superiores.

Dirán con rapidez las comunicaciones verbales que les hayan sido transferidas por sus superiores.

Transportarán a los pacientes a los diferentes servicios como: quirófano, radiología... además de realizar los ingresos en las zonas de hospitalización.

Trasladarán la documentación a los distintos laboratorios, banco de sangre, farmacia, zona de admisión... y tendrán que recoger los resultados, cuando estos estén listos.

Se encargarán de que los familiares/acompañantes no circulen por los pasillos y por las habitaciones del servicio de urgencias.

Vigilarán constantemente los pasillos para lograr el mayor orden y silencio en las salas de espera y en los espacios que sean comunes con los demás enfermos.

Se contendrán a la hora de realizar comentarios con los familiares de los pacientes sobre pruebas, resultados, tratamientos, exploraciones...

No comunicarán ninguna información sobre los pronósticos de las patologías que tenga el paciente, ya que este es el cometido del médico encargado de la asistencia al paciente.

Las labores que debe de realizar los celadores en el centro de salud son:

Abrir y cerrar siempre el centro de salud, cerciorándose de que este esté vacío.

Avisarán a los médicos y a las enfermeras cuando llegue un paciente al centro sanitario.

Avisarán a los pacientes para que puedan entrar a las consultas de los médicos y de las enfermeras del zona de urgencias.

Estarán pendientes del teléfono y apuntará los avisos para la atención médica domiciliaria, avisando de inmediato al personal sanitario correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, y terminado así este capítulo, podemos llegar a la conclusión de que, los celadores siempre serán los primeros en recibir a los pacientes en el servicio de urgencias.

También podemos dar por hecho que su capacidad, disposición y amabilidad son una de las características elementales que los celadores deben de tener presente, ya que gracias a ellas los pacientes que asistan al servicio de urgencias se llevarán una buena imagen de ellos y del servicio.

En el servicio de urgencias también es muy importante la imagen de los celadores, ya que son un gran apoyo para los sanitarios, ya que estarán ahí cuando los necesiten, y los celadores junto con el personal facultativo lograrán que la actividad en el servicio de urgencias sea mas fluida y de mejor calidad.

6 Bibliografía

Radiological Society of North America (RSNA), & American College of Radiology (ACR). (s/f). Rayos X óseos. Radiologyinfo.org. Recuperado el 26 de mayo de 2022, de <https://www.radiologyinfo.org/es/info/bonerad>

Urgencias y emergencias. (s/f). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Recuperado el 27 de mayo de 2022, de <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/urgencias-emergencias>

(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 271

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL ÁCIDO FÓLICO EN LOS ALIMENTOS PARA LOS PACIENTES

ISABEL HONRUBIA GARCIA

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

ANTONIA ALFARO CUERDA

CARIDAD GOMEZ HONRUBIA

ANTONIA HONRUBIA GARCÍA

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

Dar a 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

1428 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 - Mediline (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-es-y-beneficios>

Capítulo 272

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA IMPORTANCIA DE LA VITAMINA A EN LOS ALIMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LOS HOSPITALES

ISABEL HONRUBIA GARCIA

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

ANTONIA ALFARO CUERDA

ANTONIA HONRUBIA GARCÍA

CARIDAD GOMEZ HONRUBIA

1 Introducción

Las vitaminas son sustancias que se consideran necesarias para nuestro organismo, que no pueden ser sintetizadas, o si lo realizan es en cantidades insuficientes, con lo que deberán ser introducidas en nuestro organismo mediante la alimentación.

Las vitaminas se clasifican en dos grandes grupos, hidrosolubles y liposolubles, y ambos se distinguen entre ellos por la forma de actuación en el organismo.

En este caso hablaremos sobre las vitaminas liposolubles: se disuelven en grasa. Normalmente son transportadas por los quilomicrones (tipo de lipoproteína) al sistema linfático del intestino delgado y a la circulación sanguínea. Estas vitaminas, especialmente la A y la E, se almacenan en tejidos del organismo por lo

que, si se produce un consumo excesivo, puede aparecer una patología llamada hipervitaminosis.

Entre las principales vitaminas liposolubles destacan la A,D, E y K. En concreto hablaremos de la vitamina A y los carotenoides.

Cuando hablamos de la vitamina A hacemos referencia a aquellos compuestos que conservan todos los efectos de la vitamina (retinol, éster retinilo). De estos compuestos se diferencian los retinoides debido a que no ejercen el total de los efectos que realiza la vitamina en el organismo, como puede ser el hecho de que no influyan en el ciclo de la visión.

2 Objetivos

Dar a conocer, como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina, las funciones de la vitamina A en 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

En cuanto al metabolismo de la vitamina A, tanto el proceso de digestión como el de absorción presenta los mismos mecanismos que las sustancias lipídicas. La absorción de esta vitamina se realiza en forma de retinilo o betacarotenos en el interior de las micelas y los quilomicrones junto con otras grasas a nivel intestinal.

Una vez llega al hígado se produce la interconversión de la vitamina A y es la zona desde donde se distribuye a los órganos en los que realiza su función específica. La vitamina A, al tener distintos derivados, no actúan de manera uniforme, ya que cada uno ejerce sus funciones en el organismo:

- Retinol: es un intermediario metabólico con una función principal de transporte.

- Retinal: componente esencial para la visión.
- Ácido retinoico: su función reside en la proliferación y la diferenciación de tejidos, además inhiben a determinados promotores tumorales.
- Ésteres retinilos: es la forma en la que se va a almacenar esta vitamina, principalmente en el hígado y otros órganos dependiendo de las funciones de la vitamina A, como puede ser en la retina o los pulmones.
- Compuestos glucoronidados: ejercen efectos sobre el crecimiento y la diferenciación in vitro, además de constituir la forma de excreción de esta vitamina.

Entre las funciones de estas provitaminas, destacan:

- Actúan como un potente antioxidante: los compuestos más activos son los carotenoides.
- Actúan sobre ciertas patologías, como, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares y cáncer.
- Mejoran el sistema inmunitario: tienen capacidad antiinfecciosa y actúan sobre la diferenciación de células epiteliales y sobre la mucosa de las vías respiratorias, gastrointestinales y urinarias.
- Inhiben los efectos mutagénicos a nivel celular.
- Disminuyen el riesgo de padecer cataratas y degeneración macular. La vitamina A se encuentra en los conos, responsables de la visión diurna, y en los bastones, responsables de la visión en condiciones de escasa luminosidad (por la noche).

En cuanto a sus requerimientos se expresa en equivalentes por la actividad retinal varía según la edad y el estado fisiológico. En una dieta mixta la mayor parte de vitamina A proviene de ésteres de retinilo que se encuentran en su gran mayoría en los alimentos de origen animal. En cambio, cuando hablamos de los carotenos, hay que hacer hincapié en que únicamente se encuentran en productos de origen vegetal.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina las funciones de la vitamina A en nuestro organismo.

Conocemos la definición de vitaminas y sabemos que se agrupan en dos grupos; en este caso las liposolubles son aquellas que se disuelven en grasa y que la vitamina A es una de las principales pertenecientes a este grupo.

Y además también sabemos que la vitamina A está formada por los siguientes compuestos: el retinol, el retinal, los compuestos glucoronidados, el ester retenilo y el ácido retinoico y cada uno ejerce su propia función sobre el organismo.

6 Bibliografía

1. VITAMINA A - MedlinePlus (04 mayo 2021) <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002400.htm>
2. VITAMINA A - Instituto Nacional de Salud U.S (14 de febrero 2020) <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminA-DatosEnEspanol>

Capítulo 273

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL ANALISIS FISICOQUÍMICO DE LOS ALIMENTOS EN EL CONTROL DE CALIDAD

ISABEL HONRUBIA GARCIA

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

ANTONIA ALFARO CUERDA

ANTONIA HONRUBIA GARCÍA

CARIDAD GOMEZ HONRUBIA

1 Introducción

El análisis fisicoquímico de los alimentos es un aspecto fundamental que debemos tener en cuenta si queremos asegurar su calidad. En este análisis se incluye la evaluación de múltiples parámetros y permite determinar aspectos tan importantes como el valor nutricional de los alimentos, controlar que los alimentos y las materias primas cumplen los parámetros exigidos por los organismos de salud, así como estudiar las posibles adulteraciones y falsificaciones. Nos permite conocer la composición química de los alimentos, tanto a nivel nutricional (contenido proteico, azúcares, vitaminas, sales minerales, grasas) como a nivel de determinaciones y cuantificaciones de aditivos, sustancias contaminantes (como son los plaguicidas, metales pesados, antibióticos) y también de alérgenos.

Es necesario que los alimentos pasen por este tipo de análisis para asegurar que son aptos para el consumo humano y para asegurar que cumplen con las características y composición que se espera de ellos, es decir, en este análisis se evalúan principalmente los criterios de salubridad e inocuidad y sus características nutritivas.

Dentro de este análisis, podemos incluir cuatro grandes aspectos:

- Análisis de composición y valor nutritivo
- Análisis de impurezas
- Detección de fraudes (Aquí podemos encontrar distintos tipos de fraudes que desarrollaremos más adelante)
- Análisis físico

2 Objetivos

Dar a conocer, como personal que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina, las características y los tipos de análisis fisicoquímico de los alimentos en el control de calidad.

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

Como hemos dicho previamente podemos incluir cuatro grandes aspectos dentro del análisis fisicoquímico:

- Análisis de composición y valor nutritivo: analiza la composición química de los alimentos con parámetros como proteínas totales, grasas totales, saturadas y trans, hidratos de carbono, azúcares, fibra alimentaria, cenizas, humedad, colesterol, minerales, vitaminas, alérgenos, contaminantes químicos, etcétera.
- Análisis de impurezas: consiste principalmente en el análisis de los contaminantes físicos, es decir, la detección de impurezas y cuerpos extraños presentes en el alimento.

- **Detección de fraudes:** un fraude es una acción que implica un engaño al consumidor. Podemos encontrar distintos tipos de fraude:
 - **Fraude contra la cantidad:** también se le llama adulteración, y hace referencia a productos que contienen una cantidad (peso o volumen) inferior a la anunciada, como, por ejemplo, en el caso de una leche que ha sido aguada.
 - **Fraude contra la calidad:** consiste en la alteración voluntaria de las características y propiedades de un alimento para simular que es de mejor calidad. Es habitual encontrar en el mercado alimentos altamente procesados que han sido alterados, por ejemplo, por adición de potenciadores del sabor que enmascaran materias primas de inferior calidad.
 - **Fraude contra la pureza:** consiste en la presencia de sustancias que de por sí no deberían encontrarse en el alimento, como restos de pesticidas, plaguicidas o medicamentos veterinarios. En algunas ocasiones, por ejemplo, se recolecta la fruta antes de tiempo para obtener un mayor beneficio económico a pesar de que aún puede contener restos de pesticidas.
 - **Fraude contra el estado del alimento:** es uno de los fraudes con mayor riesgo, ya que puede afectar a la inocuidad del alimento y, por tanto, a la seguridad del consumidor. Por ejemplo, la modificación de la fecha de consumo preferente de un alimento.
 - **Fraude contra la identidad del alimento:** en ocasiones se le llama falsificación alimentaria, y consiste en engañar en cuanto a la marca, origen u otras propiedades del alimento con la finalidad de venderlo como un producto de mayor calidad. Por ejemplo, hamburguesas etiquetadas como carne de vacuno que contienen carne equina o quesos etiquetados con denominación de origen falsa.
- **Análisis físico:** evalúa mediante métodos objetivos ciertos parámetros físicos de los alimentos, como la viscosidad, el color, el peso o el tamaño.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina las características y los tipos de análisis fisicoquímico de los alimentos en el control de calidad.

Sabemos que en este análisis se incluye la evaluación de múltiples parámetros y permite determinar aspectos tan importantes como el valor nutricional de los alimentos, controlar que los alimentos y materias primas cumplen los parámetros exigidos por los organismos de salud, así como estudiar posibles adulteraciones y falsificaciones. Por tanto se evalúan principalmente los criterios de salubridad e inocuidad y sus características nutritivas.

Destacamos que es importante el conocimiento y la correcta formación del pinche de cocina respecto al análisis fisicoquímico de los alimentos en el control de calidad.

6 Bibliografía

1. LOS CONTROLES DE CALIDAD EN EL SECTOR ALIMENTARIO
- Manuel Dorado, director de Aenor Laboratorio (31 de Enero 2014)
<https://www.interempresas.net/Quimica/Articulos/118931-Los-controles-decalidad-en-el-sector-alimentario.html>
2. ANALISIS FISICO - QUIMICO DE ALIMENTOS - Edwin uriel (20 de Mayo 2012) <http://biolifepuno.blogspot.com/2012/05/analisis-fisico-quimico-dealimentos.htm>

Capítulo 274

EL CELADOR Y SU FUNCIÓN CON LA GRÚA EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO

FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS

BEATRIZ PATON ARMERO

PEDRO GABALDÓN SANCHEZ

CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA

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

- Exponer las funciones que realiza este personal no sanitario con la grúa en la movilización de pacientes.
- Explicar qué son las grúas auxiliares, como se realizan los movimientos básicos y como colocar el arnés al enfermo de la unidad sanitaria.

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

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

En conclusión y tal como hemos visto, 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 sobre esfuerzos 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 275

PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR EN EL MORTUORIO HOSPITALARIO

MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO

FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS

BEATRIZ PATON ARMERO

PEDRO GABALDÓN SANCHEZ

CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA

1 Introducción

Como dice el artículo 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario los celadores “ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario”.

El cadáver será transportado en todo momento por el celador de la unidad de anatomía patológica a la sala de autopsias y en ese momento nos encontramos con dos posibilidades, a la persona fallecida no se le practica la autopsia de inmediato deberemos introducirlo en la cámara frigorífica y, si por el contrario se le va realizar la autopsia de inmediato, se colocará el cadáver ya en la mesa de autopsia.

Una vez en la mesa de autopsias el celador realizar tareas básicamente de auxiliar al médico forense. Antes de la autopsia la primera función del celador es extraer el cadáver de la cámara frigorífica y llevarla a la sala correctamente identificado de manera visible. También deberá preparar el cadáver para la autopsia, desmortajarlo y colocarlo en la posición adecuada en la mesa de autopsias.

Durante la autopsia deberá auxiliar a los profesionales titulados en efectuar los movimientos necesarios del cadáver sin que eso implique el uso del instrumental, pesar órganos, hacer apuntes y guardar y transportar órganos o restos humanos en recipientes herméticos.

Después de la autopsia el celador deberá recomponer y asear el cadáver para posteriormente realizar el amortajamiento y limpiar y recoger la zona donde se ha realizado la autopsia.

2 Objetivos

- Explicar de manera detallada cuales son las funciones que debe de realizar el celador en la zona de mortuorio y cuales no debe de hacer por no ser personal profesional sanitario.
- Establecer la importancia que la figura del celador supone en dicha área hospitalaria.

3 Metodología

Para la 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

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 mortuarios, 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

TÉCNICA DE DECÚBITOS LATERALES Y PAPEL DEL CELADOR EN ESTA TÉCNICA

MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO

FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS

BEATRIZ PATON ARMERO

PEDRO GABALDÓN SANCHEZ

CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA

1 Introducción

Los decúbitos laterales derecho (DLD) y decúbito lateral izquierdo (DLI) entran dentro del grupo tan importante, llamado cambios posturales, dichos cambios son muy utilizados en pacientes con poca movilidad y dependientes. Gracias a ellos, podemos evitar la aparición de heridas llamadas úlceras por presión (UPP).

A no ser, que existan contraindicaciones de los decúbitos en un paciente, siempre deberán realizarse, dependiendo de diversos factores, como la edad, estado nutricional, estado de hidratación, etc. Serán realizados cada dos o tres horas. Siempre deberá ser valorado dependiendo de ciertos grados de dependencia y los factores que hemos comentado anteriormente.

Para entender, lo que podemos evitar gracias a estas movilizaciones, vamos a definir las úlceras por presión (UPP):

Las UPP son una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Este tipo de ulceraciones tienen diversos estadios (I, II, III, IV). Estos números constatan de menor a mayor la gravedad de las lesiones. El estadio I habla de un eritema (enrojecimiento de la piel), y el estadio IV es la máxima lesión, pérdida de tejido en la que puede apreciarse el hueso.

Este tipo de lesiones, puede alterar de manera muy excesiva y de empeoramiento, la vida del paciente y la estancia hospitalaria. Aquí, es donde el celador, juega su papel, y un papel muy fundamental para el paciente encamado, evitando este tipo de lesiones.

En este capítulo, hablaremos de la realización de los decúbitos laterales, y la colocación de almohadas, así, se evitarán presiones entre los planos duros, dejando entre medias, planos blandos, y así, también, mejorar la comodidad del hospitalizado.

2 Objetivos

Conocer el método efectivo de colocación de un paciente en decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito lateral derecho (DLD) y la colocación de almohadas para evitar la aparición de úlceras por presión (UPP) bajo las técnicas y el protocolo de actuación del celador.

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 explicar los pasos a seguir de la colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito lateral derecho (DLD) partiremos de la base de que el paciente se encuentra en Decúbito supino (DS).

Para comenzar, el celador, deberá seguir los siguientes pasos:

1. Se lavará las manos y se colocará los guantes. No tienen que ser estériles.
2. Una vez, en la habitación, se deberá explicar al paciente lo que se le va a realizar, y se pondrá ante todo su intimidad, mediante biombos, y con la puerta cerrada.
3. Se posicionará la cama completamente en horizontal, y si la cama, además, puede moverse en bloque, se colocará a la altura en el que el celador pueda efectuar la técnica sin lesionarse.
4. Retiraremos la almohada de la cabeza, así, será mucho más sencillo para su movimiento. Se retirará con cuidado, teniendo precaución con la cabeza del encamado.
5. Para comenzar la movilización, el paciente debe ser trasladado hacia la punta de la cama. Para el decúbito lateral derecho, se le trasladará hacia el lado izquierdo, para el decúbito lateral izquierdo, será al contrario, hacia el lado derecho. Para ello, el celador, realizará el movimiento en tres toques (primero los hombros, después la cadera y por último, las piernas). Es una buena forma, para evitar lesiones y evitar hacer daño al paciente, pasar uno de los brazos por debajo de los hombros y después de cadera, hasta llegar al otro extremo, mientras que con la otra mano acompañarlo hacia el cuerpo del celador. La colocación de las piernas es más sencilla, basta con agarrarlas con las manos y llevarlas con el resto del cuerpo.
6. Una vez, que el paciente se encuentra completamente recto en el borde de la cama, se colocará su pierna derecha flexionando la rodilla y dejando su pie apoyado en la cama (en el caso de que queramos el DLI, si queremos el DLD será la pierna izquierda). La otra pierna permanecerá extendida.
7. Después, se empujará suavemente su cuerpo, apoyando una de las manos en su hombro más cercano al del celador, y otra de las manos en el trocánter de la pierna flexionada. De tal manera, que el paciente se quedará de lado.
8. Debemos prestar mucha atención a la sensación del paciente al realizar la técnica de movilización, si le duele, o es incómodo para él.
9. El hombro y el brazo que están en contacto con la cama, es importante que no se queden “atrapados” por lo que deberemos corregir esa postura, con un solo movimiento. El celador introducirá su mano por debajo del hombro, y se arrastrará levemente hacia fuera,

así, garantizaremos una posición ergonómica correcta.

10. El brazo que se encuentra más alejado del colchón, deberá encontrarse con el codo flexionado, conduciendo la mano hacia arriba. Así, no existirá una posición muy rígida.

11. Una vez terminada la movilización, el profesional, colocará las almohadas, la primera será la de la cabeza, es de vital importancia colocarla rápido, así evitaremos lesiones en el cuello del paciente.

12. Se colocará, también, una justo detrás de la espalda del encamado, para evitar que deshaga el cambio postural.

13. Otra de las almohadas se coloca entre ambas piernas, así se evitarán presiones entre las rótulas y tobillos.

14. También, se puede colocar otra almohada entre los brazos. Aunque no es tan usual colocarlas, ya que no suelen coincidir ambos codos.

15. Finalmente, cuando el paciente se encuentra perfectamente colocado, le arroparemos, y le dejaremos lo más cómodo posible.

16. Nos despediremos, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos las manos. Las úlceras más comunes suelen darse en decúbito lateral, son en trocánteres, tobillos, cóndilos, costillas, acromion y oreja. También, es muy importante hidratar la piel antes del cambio postural, mediante ácidos grasos, se debe impregnar en las zonas más propensas a úlceras por presión en esta posición. Las mencionadas anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en el presente capítulo a pesar de que el celador, es un personal no sanitario, es uno de los que más contribuye al confort del paciente.

Gracias a sus técnicas y conocimientos es capaz de lograr el bienestar del paciente en el tiempo que requiere ser ingresado.

Si el celador no realizara correctamente sus funciones, podría desestabilizar al paciente, provocar lesiones o incluso, provocárselas a sí mismo.

La práctica de estas técnicas, como son los cambios posturales requieren de unos conocimientos y unos protocolos que no pueden ser realizados por cualquier persona, debe ser una combinación perfecta, que aporte al paciente bienestar y no dolor o incomodidad, e incluso en el peor de los casos lesiones.

El celador es un profesional con capacidad de determinar cada cuanto tiempo y que movimientos son los mejores para el paciente encamado. Por todo esto, el celador, es una figura indispensable en cualquier unidad de un hospital.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100008.

Capítulo 277

CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS DE LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL

ÁNGEL MANUEL FRAGA FERNÁNDEZ

ADRIANA VIEIRA MARTINS

ANDREA FERNÁNDEZ TEJERO

MARÍA BELÉN LÓPEZ BRAÑA

GLORIA GARCÍA SENCHERMAN

1 Introducción

Mantener una atención de calidad en las organizaciones sanitarias implica ofrecer una atención continuada a los pacientes durante las 24 horas del día. El trabajo por sistemas de turnos es una práctica muy habitual y obligatoria en los hospitales para mantener esta atención de calidad. Sin embargo, este sistema de programación laboral por turnicidad implica muchos riesgos para la salud de los trabajadores.

Muchos estudios científicos señalan que el turno laboral influye directa o indirectamente sobre la salud de los trabajadores; de estos trabajos se indica que los profesionales con horario nocturno sufren de manera muy temprana perturbaciones en los hábitos alimentarios, reducción de la magnitud de las oscilaciones

circadianas y ultradianas en las concentraciones de insulina, etc., y un mayor riesgo de padecer estados de sobrepeso y obesidad.

Los principales efectos asociados a la modificación de los horarios de las tomas alimentarias se relacionan con alteraciones gastrointestinales entre las cuales podemos citar la dispepsia, la constipación, la diarrea, etc., entre las más frecuentes.

Por otro lado, y de manera más tardía pueden presentar un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (resistencia insulínica, diabetes, enfermedades cardíacas), y estados de fatiga que contribuyen a niveles reducidos de actividad física.

2 Objetivos

Por consiguiente, y considerando el importante grupo de profesionales en el área de la salud, que ejercen sus funciones en turnos nocturnos, los objetivos que planteamos en nuestro estudio es realizar una revisión documental bibliográfica de la literatura existente sobre las consecuencias fisiológicas nutricionales que aparecen en los trabajadores del trabajo en turno de noche.

3 Metodología

Para nuestro trabajo se realizó una búsqueda documental de artículos y estudios existentes en la literatura científica sobre los trastornos alimentarios de los profesionales de la salud que trabajan en turnos de noche, en bases de datos de páginas especializadas como Medline, Pubmed, Cochrane, etc., y en revistas de corte científico como Science, Med Segur de Trabajo, Nature, etc.

Nuestra búsqueda se realizó entre los meses de octubre 2019 y febrero 2020, y el intervalo aceptado para las publicaciones ha sido desde el año 2009 al año 2020. Los descriptores o palabras claves para realizar nuestra búsqueda han sido: turnos nocturnos, personal sanitario, trastornos, alteraciones.

En una primera selección se localizaron 16 trabajos relacionados, de los cuales se eliminaron 5 por duplicidad. Al restante de los documentos seleccionados se les aplicaron los criterios de inclusión/exclusión.

Los criterios de inclusión han sido ser trabajos de acceso a texto completo, en lengua castellana, con aporte de datos científicos objetivos.

Los criterios de exclusión fueron no ser trabajos sobre el personal sanitario, no ser en castellano, no aportar datos, y ser artículos de página editorial.

A los trabajos seleccionados se le hace una revisión exhaustiva para la obtención de los datos necesarios para la realización de nuestro informe.

4 Resultados

Esta ampliamente descrito en la literatura científica la relación entre el largo dormir (más de 8 horas diarias) y el incremento de morbilidad y mortalidad en el ser humano, pero también se indica una asociación entre el corto dormir (menos de 7 horas diarias) con varios efectos adversos para la salud, fundamentalmente relacionados con la alteración de los ritmos circadianos o biológicos, los cuales son responsables de modular diversas variables fisiológicas de nuestro organismo como son la regulación hormonal, frecuencia cardíaca, temperatura corporal, etc. El desajuste de estos ritmos biológicos debido a restricciones o modificaciones del sueño influye de forma negativa sobre el organismo y facilitan la mayor prevalencia de eventos fisiológicos negativos sobre el organismo, como por ejemplo el riesgo de padecer malnutrición por exceso, obesidad, trastornos cardiovasculares, enfermedades crónicas no transmisibles, cánceres, etc.

Dentro de los estudios revisados observamos que la obesidad es considerada un factor de riesgo importante que influye de forma indirecta sobre la aparición de enfermedades cardiovasculares, como cardiopatías coronarias, pero más que el contenido de grasa total es su distribución de tipo androide la que predice dicho riesgo.

La desregulación del apetito relacionada con el desajuste del ciclo sueño/vigilia por los horarios de trabajo en turno nocturnos, con la correspondiente restricción del sueño día, se fundamenta en algunos cambios hormonales, específicamente en lo que se refiere a la distribución de los niveles de leptina, hormona que actúa inhibiendo el apetito a nivel hipotalámico, y por el aumento de ghrelina, hormona cuya función es estimular ciertas neuronas hipotalámicas que ocasionan aumento del apetito.

Investigaciones internacionales describen que la alteración de los ciclos biológicos, como el del sueño/vigilia, se relaciona con el deterioro del metabolismo de la glucosa e incremento del riesgo de aparición de diabetes mellitus.

Varios trabajos revisados señalan que los trabajadores sometidos a turnos laborales que incluyen la realización de turnos de noche presentan una mayor dislipemia, que en relacionados con los años de sometimiento a alteraciones del ciclo de sueño/vigilia tiene corresponde con un alto nivel de riesgo en la aparición de altos valores de colesterol total. Algunos estudios incluso relacionan positivamente la antigüedad laboral del turno rotativo con la aparición de un mayor porcentaje de grasa corporal, un perfil lipídico superior y los niveles de glicemia en ayuno.

5 Discusión-Conclusión

Las alteraciones de los ritmos biológicos debidas a los horarios de turnicidad profesional predisponen a padecer a largo plazo trastornos de salud en estos trabajadores. Además, de las alteraciones en el ciclo sueño/vigilia, con sus consecuencias en las modificaciones y en la restricción de sueño diaria, aparecen trastornos alimentarios como malnutrición por exceso y enfermedades crónicas no transmisibles como aparición de diabetes, colesterol total alto y sus posibles consecuencias a nivel cardiovascular, etc.

No obtuvimos diferencias notables y significativas en los datos obtenidos entre los horarios nocturnos rotatorios y permanentes.

La restricción del sueño es un factor de riesgo modificable, sin embargo, existen situaciones laborales donde la realización de turnos rotativos, que incluyen turnos de noche, se hace imprescindible, como es el caso de los hospitales, donde se requiere un mantener un proceso continuado de 24 horas al día.

En estos casos nos parece importante incorporar en la elaboración de los turnos rotatorios, con horarios nocturnos, incorporar medidas que faciliten la recuperación saludable del sueño en los trabajadores.

6 Bibliografía

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

Capítulo 278

AGRESIVIDAD HACIA EL CELADOR EN CENTROS SANITARIOS

MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ

MANUEL GARCIA FERNANDEZ

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

ALFONSO GARCIA MARINA

MARTA TEJEDA CHUMILLAS

1 Introducción

Definimos la violencia laboral como aquel comportamiento anormal que conlleva violencia y por tanto peligro para padecer agresiones. El personal que está en contacto directo con enfermos y con los familiares directos tiene más probabilidad de sufrir o padecer este tipo de violencia que se puede clasificar en laboral, ya que se desarrolla en el transcurso de su actividad diaria en el trabajo.

Hay secciones más problemáticas dentro de lo que se considera sanidad, como urgencias, geriátricos, psiquiatría, trabajo con discapacitados en los que el riesgo de sufrir cualquier tipo de agresión es más elevado, ya que el grado de susceptibilidad por parte del paciente o del familiar es mayor.

El celador de cualquier institución sanitaria, sea en hospitales, en centros de salud, en centros geriátricos, juegan un papel muy importante, ya que entre sus funciones, es la organización de la seguridad y el evitar que surjan situaciones que den lugar a malos entendidos por parte de pacientes y familiares que en la

mayoría de los casos están desbordados por la situación. Al controlar el acceso a las instituciones es la primera persona que puede prever situaciones de riesgo por lo que evitaría en primer término que las agresiones tanto leves como graves se produzcan.

2 Objetivos

Conocer qué tipo de actitud debe de tener un celador para evitar en la medida de lo posible que se produzca una agresión.

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

Entre las actitudes que un celador ante un conflicto debe conservar es su contención verbal, ya que debe mantener una actitud siempre conciliadora y tranquila ante situaciones de agresión, manteniendo firmeza y calma y controlando en la manera de lo posible la situación. Debe saber sobre todo escuchar con atención todas aquellas dudas que en un momento dado puedan surgir, mostrando empatía en todo momento.

Deben fijarse en las señales que les puedan mostrar una actitud y tono amenazante. Esto ya revelaría que están ante un caso de agresividad. Debe fijarse tanto en la comunicación verbal y no verbal, palabras inapropiadas, nerviosismo, ya que hay señales como son los gestos en la cara del paciente o familiares, que les pueden estar indicando y advirtiéndolo de posibles agresiones, como pueden ser la contracción de los músculos de la cara, cambios bruscos en movimientos, mirada fija y desafiante, etc.

Las medidas del tipo organizativo son las más eficaces para prevenir las conductas agresivas de los pacientes y familiares. Entre ellas están, la reducción de los tiempos de espera, la comunicación fluida entre el personal y los pacientes y familiares, las salas de espera confortables, la existencia de intercomunicadores o

teléfonos para casos de emergencia, pulsadores o timbres de emergencia, etc. El comportamiento o actitud que debe de mantener un celador, es comprensión tolerante con los sentimientos de la otra persona, y rehuir discusiones sobre todo referente a opiniones, se debe de centrar en los hechos ocurridos. Se debe ser asertivo, seguro, no angustiarse, ni ser impetuoso y no decir más de lo estrictamente necesario. Durante una situación conflictiva, conviene hablar pausadamente, mantener la calma y emplear frases cortas que faciliten una respiración controlada.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia elaborar protocolos para luchar contra las agresiones del personal que abarquen aspectos preventivos y también ayuden a clarificar como debe el personal reaccionar ante las situaciones de violencia para evitarlas. Además, si ello no ha sido posible, deberíamos saber qué se debe hacer para minimizar su impacto, saber cómo poder declararlas, y saber el método de actuar legalmente y quién debe hacerlo y cómo se debe de dejar constancia de que se ha producido la agresión.

Un apartado fundamental que abarcan estos distintos planes de prevención de agresiones es la parte para poder prevenirlo y que trata de modificar y cambiar las situaciones conflictivas. El primero es sobre los aspectos a incidir en la información que se da a cualquier ciudadano. Siempre debería de ser clara, comprensible, cercana y basarse en la mutua confianza por ambas partes. Es preciso que los usuarios conozcan sus derechos pero también sus deberes.

Las habilidades de comunicación y manejo de situaciones hostiles deberían formar parte del currículum formativo de los profesionales sanitarios y de la formación continuada de los mismos, así como del personal administrativo y de apoyo que tiene contacto con los pacientes.

6 Bibliografía

*El Convenio sobre discriminación y empleo (año 1958).

*El Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores (año 1981).

*El artículo 40.2 de la Constitución Española

*La Ley 31/1995 de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales, en el artículo 14.2,

Capítulo 279

PROCEDIMIENTO DEL CELADOR ANTE UN EXITUS

MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ

MARTA TEJEDA CHUMILLAS

ALFONSO GARCIA MARINA

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MANUEL GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

La muerte es el cese completo de todas las funciones importantes del organismo humano. La muerte es responsabilidad del personal sanitario.

El celador, como cualquier otro miembro del equipo multidisciplinario que brinda servicios en un hospital, inevitablemente se encontrará en su trayectoria laboral, con pacientes ingresado que fallecen.

Saber actuar ante la muerte, las actitudes y sensibilidades hacia los pacientes y sus familiares es fundamental para garantizar una atención médica de alta calidad.

Estos son momentos muy difíciles que pueden tener un gran impacto emocional, y debemos hacer todo lo posible para minimizar el trauma de este trance.

El tanatorio es como una funeraria, que puede ser utilizada como un lugar para exhibir los cadáveres entre el lugar de la muerte y el destino final, y está equipada con el equipo adecuado para realizar actuaciones de nigromancia o terapia de muerte y velatorio de cadáveres.

En cuanto al celador, cabe señalar que existen dos figuras específicas para el celador relacionadas con la morgue;

El celador auxiliar de autopsias establecida por la Administración General del Insalud mediante resolución de 22 de mayo de 1981, y el celador de anatomía patológica, orgánicamente dependiente del jefe de personal subalterno y fundamentalmente dependiente de los servicios de anatomía patológica.

2 Objetivos

Establecer los cuidados y funciones del celador ante el paciente fallecido, autopsia y traslado a la morgue o sala de autopsias.

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

Al encontrarse con la muerte, el celador realizará diversas tareas, debemos entender algunos conceptos básicos.

Llamamos exitus al cese completo de funciones importantes del organismo humano. Su evaluación y certificación debe ser realizada por personal de salud (médicos, enfermeras y técnicos de enfermería). No obstante, los cuidadores deben ser conscientes de ciertos aspectos básicos que mostró el paciente fallecido, tales como: Ausencia de ejercicio respiratorio, falta de tono muscular, desaparición del pulso, ausencia de latidos cardíacos, pérdida de sensibilidad, rostro pálido, rígido, decaimiento y enfriamiento del cuerpo. Una vez que el médico certifica la muerte, el personal médico ayudará al técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y enfermeras a envolver el cadáver del fallecido, y la responsabilidad de transportar el cadáver a la morgue recae en el personal médico. a la preparación del cadáver le llamamos amortajar.

Debemos proteger la privacidad tanto como sea posible mediante el uso de mamparas, biombos o cortinas, en caso de que haya otro paciente en la habitación. El

procedimiento consiste en:

- El equipo de enfermedad tomará las constantes para certificar la muerte del paciente y poder proceder el celador y la auxiliar amortajar al fallecido
- Tienen que poner el cuerpo en posición supina.
- El personal médico (TCAE, enfermera) retirará los tubos y catéteres.
- Las pertenencias personales se retirarán y se entregarán a los miembros de la familia.
- Los ojos y la boca estarán cerrados.
- Estiraremos las extremidades superiores e inferiores antes de que aparezca el cadáver.
- Dependiendo de si se realiza una autopsia, estiraremos los brazos pegados al cuerpo o cruzaremos el pecho. A continuación, para evitar la pérdida de líquidos, colocaremos pañales y taponaremos los orificios restantes con un algodón (nariz, orejas ...).

Si no se va a realizar una autopsia del cadáver, se realizarán las siguientes operaciones:

- Colocamos el cadáver en la mortaja y cubrimos el cadáver, dejando solo el rostro.
- Finalmente, trasladamos el cuerpo a la morgue con mucho cuidado.

El celador no notificará a la familia del fallecido el fallecimiento de este asunto, esto deberá ser comunicado por el médico correspondiente.

Una vez en la morgue, las acciones del celador será ayudar y asistir al personal médico (patólogos y médicos forenses) y se ocupará de colocar el cuerpo en la mesa de autopsia en posición supina, Preparar y colocar el cadáver para la autopsia. Mantenga la privacidad del proceso y evite la intrusión de persona ajena.

Ayude al médico durante la autopsia. Refrescar al paciente después de la autopsia. Equipo limpio, mesas y sala de autopsias. Transferir la muestra al servicio de disección patológica.

5 Discusión-Conclusión

Analizando las tareas de los celadores en este sentido, creemos que la importancia de este momento tan difícil para las familias de los pacientes, el buen trato y amabilidad de los celadores, así como una importante empatía y comprensión a la familia llevándose una impresión favorable de la institución y sobre todo del trato de comprensión de todo el equipo que compone el complejo sanitario .

El celador tiene que estar preparado para asumir ese puesto , pues no es fácil sobrellevar la última etapa de la vida de una persona y sobre todo ver el dolor de los familiares.

El proceso de traslado desde la muerte hasta el mortuorio del recinto sanitario será exclusivamente del celador, acompañado de familiares si así lo desean.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/procedimiento-celador-fallecimiento-paciente>
2. <https://www.libertaddigital.com/espana/2013-06-11/>
3. <https://www.formacurae.es>

Capítulo 280

EL CELDOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS, HISTORIA, EVOLUCIÓN, FUNCIONES Y FORMACIÓN

CRISTINA FLORINA GRAMA

EVA MENCÍA MORENO

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

1 Introducción

La figura del celador pertenece al colectivo del personal no sanitario que trabaja en instituciones sanitarias. La labor del celador es importante para lograr el buen funcionamiento de los hospitales, o centros de salud. El celador no tiene especialidad, es una figura polivalente, y debe de saber ejecutarlos de manera correcta. Poco se sabe de cuál fue el inicio de estos profesionales dentro del ámbito sanitario, las primeras referencias datan del año 1974.

Además de recibir una información concreta y especial para poder realizar las funciones de celador, también se debe de ser empático.

Las funciones del celador vienen especificadas en el artículo 14, punto 2, del estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

El principal objetivo de ser celador es velar por el bienestar del paciente y de los familiares que lo acompañan, esta profesión es muy vocacional.

En una orden del Ministerio de trabajo se plasmo dicho estatuto, el 5 de julio de 1971. Derogado los tres estatutos vigentes hasta el día de hoy, las funciones que están recogidas en el antiguo estatuto continúan vigentes.

El trabajo que desempeña a figura del celador dentro de los centros hospitalarios es muy importante.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las funciones y objetivos de los celadores dentro de las instituciones sanitarias.

Conocer cuál es la historia y evolución de los celadores en los hospitales

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consistente, revisando las bases de datos más importantes: Pubmed, Google Scholar, Pubmed, Scielo.

También se han consultado literatura científico sanitaria, en referencia a las funciones que desempeña el celador dentro de los centros hospitalarios.

Se han utilizado los términos de búsqueda, que han sido combinados con filtros y descriptores como: Celador, funciones del celador, historia.

4 Resultados

Ha día de hoy se desconoce como se fundo el colectivo de celadores para la realización de sus funciones en las instituciones sanitarias. Debido a que no existen referencias, no se puede determinar cuando se origino esta figura. Pero sin embargo, si que existen referencias de los llamados camilleros o mozos sanitarios, que se determinan como los antecesores de los celadores.

El 1 de febrero se aprueba el reglamento de hospitales, en el existe un apartado dedicado a las funciones que deben de realizar los camilleros. Esta descrita y documentada, en el año 1876, en el institutos general de vacunación, la inclusión en planilla de tres camilleros.

En el año 1955, en el boletín oficial de la provincia de Madrid del 6 de junio, se publica una oposición-concurso para camilleros en los hospitales de la beneficencia. En el se recogen las bases e instrucciones, y el temario de dicha convocatoria.

Hasta el año 1971 no se hace formal la orden del ministerio del 5 de julio, en el estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.

Para poder ejercer de celador es imprescindible cumplir con algunos requisitos:

- Tener nacionalidad española, o pertenecer a la unión europea

- Tener al menos 16 años cumplidos en el momento

- Estar en posesión del certificado escolar

Por el momento no existe una formación reglada, aunque se valora la formación continua que realiza el celador, relacionados con el celador y su entorno.

Para poder trabajar como celador en un centro público se debe de aprobar una oposición, que el Ministerio de Sanidad celebra cada cierto tiempo.

Es importante conocer las técnicas y funciones del celador, así como el correcto manejo del paciente y las movilizaciones que precisa en cada momento. Los celadores se pueden diferenciar dependiendo de las tareas que tengan asignadas, aunque si bien es cierto, que a día de hoy no se conocen especialidades para la figura del celador.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver la figura del celador en las instituciones sanitarias es imprescindible. Forma parte de un quipo multidisciplinar compuesto por médicos, especialistas, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

No se conoce la fecha exacta de cuando se fundo la figura del celador, pero si existen datos de los antiguos camilleros o mozos de hospital. Las funciones del celador vienen recogidas en el estatuto de los trabajadores no sanitarios en instituciones sanitarias de la seguridad social. El trabajo del celador dentro de los centros hospitalarios, principalmente es velar por el bienestar del paciente, así como ayudarle en su deambulacion o en las movilizaciones que requiera.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.

- 3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 281

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS Y EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

CRISTINA FLORINA GRAMA

EVA MENCÍA MORENO

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

1 Introducción

El celador puede trabajar tanto en centros hospitalarios, en centros de especialidades, y consultas externas. Aquí en este área acuden los pacientes y enfermos para acudir a las consultas de los especialistas como cardiología, cirugía general, traumatología, extracciones, y en definitiva todas las especialidades que son derivadas de la atención primaria.

Los pacientes mayoritariamente son de edad avanzada, y por lo tanto requieren ayuda para tener una correcta deambulación.

El personal no sanitario que desarrolle su actividad en el entorno de consultas externas, deberá de poseer de unos sistemas específicos de control, que les permiten medir la radiación que reciben durante las horas que se esta desarrollando el trabajo.

Este aparato recibe el nombre de dosímetro, debe de estar correctamente identificado con el nombre de cada profesional. Cada tres meses se manda el dosímetro

para realizarle pruebas y análisis que determinarán si el profesional ha estado expuesto a la radiación.

La dosis máxima que puede manifestar un profesional expuesto en este área es de 1milisivert en un año, en el caso de que se sobrepase ese limite el trabajador debe de descansar, si esto se manifiesta de manera reincidente, se deberá de estudiar la opción de cambiar al profesional de ámbito ya que es porque no cumple con las normas de seguridad establecidas.

El personal femenino que se encuentre en periodo de gestación, o con hijos lactantes, no podrán asistir a esta área, como prevención por riesgos laborales.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones que realiza el celador en el ámbito de consultas externas y radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes como Medline, Scielo, Google Scholar, Pubmed.

También se ha consultado literatura científico sanitaria existente, referente al celador y sus funciones en las consultas externas.

Se han utilizado términos de búsqueda que han sido combinados con filtros y descriptores como: celador, consultas externas, funciones.

4 Resultados

En los servicios de consultas externas, existe la figura del celador a la entrada del centro este nos dará la información que necesitemos y nos orientara para llegar de una manera fácil y sencilla hasta la consulta que nos corresponda.

En el caso de que el paciente sea dependiente, será el celador el que acompañará al paciente hasta la misma consulta del especialista con el que este citado, en la mayoría de los casos se utilizará una silla de ruedas.

También existe la posibilidad de que acudan pacientes a las consultas externas en una ambulancia. en este caso dependiendo del estado de salud, los trasladará en silla de ruedas o en camilla, según precise.

En el caso de los pacientes que requieren tratamientos especiales como los pacientes que están sometidos a diálisis, el celador será el encargado de movilizar al paciente dentro de las consultas extra hospitalarias, llevándolo a diálisis y a la consulta a la hora que este citado.

Tanto en las consultas externas como en el departamento de radiodiagnóstico y medicina nuclear, el celador puede que sea requerido para que ayude a la hora de realizar las diferentes pruebas y exámenes. El celador será el encargado de posicionar los pacientes, en el lugar que los profesionales específicos indiquen.

Una vez que en las consultas externas se le ha realizado todo lo que ha sido necesario el celador ayudará a pasar al paciente a la cama, en el caso de que este se encuentre hospitalizado. y se trasladará a su planta de procedencia.

En el servicio de laboratorio el celador es el encargado de recepcionar las diferentes muestras como sangre, cultivos, orina.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desarrolla el celador en el servicio de consultas externas y radiodiagnóstico es muy importante, ya que servirá de apoyo a los diferentes profesionales que lo componen, ayudando a la movilización de pacientes, así como a indicarles por donde esta la consulta donde han sido citados previamente. Como se ha expuesto en este capítulo, en el servicio de radiodiagnóstico el celador debe de portar un dispositivo que será el encargado de captar la radiación en el caso de que la hubiera. Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en estos servicios y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

Orden Ministerial de 5 de julio 19771, del Estatuto de Personal No sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social www.Medline.com/celadores/funcionesextrahospitalarias/.com
Centro de Estudios ADAMS

Capítulo 282

LAS ENFERMEDADES QUE SE ASOCIAN AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

SARA BALLESTEROS PINEDO

MARÍA INÉS MESAS VALERA

MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR

1 Introducción

Una enfermedad Profesional es aquélla contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena o propia en las actividades que se especifiquen en el cuadro de Enfermedades Profesionales (RD 1299/2006).

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, en su capítulo I Art 2 nos indica que tiene por objetivo promover la salud y seguridad de los trabajadores llevando a cabo una serie de medidas en el desarrollo de las actividades para la prevención del riesgo derivado del trabajo.

En el art 4 nos define que se considera “daño derivado del trabajo” las enfermedades, patologías o lesiones sufridas por el trabajo.

De normal se suele creer que el trabajo que desempeñan los auxiliares administrativos en una oficina es algo liviano, puesto no tienes más que acudir a tu puesto de trabajo, sentarte en una silla y ponerte a trabajar delante del ordenador, pero es mucho más que eso, sí que es cierto que no tienes cargas físicas, como las que

pudiesen tener otros trabajadores de otros sectores como puede ser el de la construcción. En el caso del auxiliar administrativo la carga suele ser mental. Y de la misma manera que en otros trabajos, existen enfermedades laborales que estos tienden a sufrir con el paso del tiempo.

Por lo tanto vamos a conocer a continuación cuales son las enfermedades profesionales que más se asocian al auxiliar administrativo, en que consiste cada una de ellas y qué medidas se pueden tomar para evitarlas o minimizarlas.

2 Objetivos

- Enumerar las distintas enfermedades profesionales que se asocian al auxiliar administrativo.
- Explicar debido a que se producen dichas enfermedades.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las enfermedades laborales a las que está expuesto el auxiliar administrativo son las siguientes:

- Lumbalgia o dolor lumbar: El dolor lumbar afecta del 23 al 28 %de la población y es de lo más normal que la mayoría de las personas sufran esta dolencia alguna vez en su vida. Así, el auxiliar administrativo es propenso a sufrir este dolor que se produce en la parte baja de la espalda, puesto que es donde se soporta el peso de la parte superior del cuerpo. Esto la gran mayoría de las veces se produce por posturas forzadas o prolongadas en el tiempo. Se producen entre las vértebras de la columna, donde se encuentran los discos intervertebrales, que son los que amortiguan el movimiento del cuerpo. Esta dolencia por lo tanto es muy frecuente en auxiliares administrativos afectado a su calidad de vida e incluso a veces a su actividad laboral, siendo también una causa de discapacidad. Para evitar que se produzca esta dolencia, el auxiliar administrativo debe evitar movimientos

bruscos e indebidos que afecten a la columna, malas posturas al estar sentado, etc, intentará sentarse erguido y si tiene que levantar peso siempre debe hacerse flexionando las rodillas y manteniendo la espalda recta.

- Epicondilitis: Esta enfermedad, se produce cuando hay una inflamación en los tendones del brazo, puede provenir de diferentes causas, como los desgarros de tendones o lesiones en su inserción en el hueso. La epicondilitis puede ocurrir repentina o gradualmente, suele alcanzar solo un brazo, (brazo dominante). Los auxiliares pueden desarrollar esta dolencia puesto que en gran parte de su jornada laboral mantienen tensión en el brazo o por repetición de movimientos como pueda ser el alcanzar a coger un archivador de una estantería. También sucede al pasar muchas horas utilizando el teclado, por eso para evitar la epicondilitis, el auxiliar administrativo debe procurar mantener las muñecas en un ángulo correcto evitando golpear las teclas fuertemente a la hora de teclear y manteniendo los codos relajados.

- Síndrome del túnel carpiano: Esta es una enfermedad que se produce a consecuencia de la presión en el nervio mediano, nervio situado en la muñeca y que da sensibilidad y movimiento a la mano, los síntomas son hormigueo, daño muscular en mano y dedos o incluso entumecimiento. El uso de máquinas de escribir, computadoras o la repetición de movimientos son factores que hacen que los auxiliares administrativos puedan derivar a tener esta enfermedad, puesto que su labor depende en su gran mayoría de la utilización de estos medios para poder efectuar su trabajo, de la misma manera, puede derivar en fracturas de los huesos de las muñecas o incluso en la acumulación de líquidos por causa del embarazo o la menopausia. Conseguimos disminuir esta dolencia realizando estiramientos, evitando posturas forzadas de muñeca, cambios de posición y alternar ambas manos cuando realicemos labores repetitivas.

- Ametropía: Esta dolencia afecta en gran proporción a los auxiliares administrativos, puesto que viene derivada por el uso de pantallas en el trabajo. Se produce un defecto ocular que hace que los objetos no tengan un enfoque correcto y esto produce que la agudeza visual baje y la persona que la padece no vea bien, el auxiliar administrativo detecta que empieza a tener dificultad en cuanto a cómo ve, teniendo que acudir al oftalmólogo. Para disminuir los efectos adversos de las pantallas, podemos utilizar lentes que nos protejan de la luz azul, alternar actividades que necesiten de pantallas con otras que no, procurar no estar muchas horas seguidas mirando a la pantalla para así descansar la vista.

- Síndrome cervical por tensión: Se trata de una contractura muscular incontrollable en la parte cervical posterior. Esta contractura comprime los vasos sanguíneos y hace que se dificulte la irrigación sanguínea a la zona impidiendo su recuperación. El auxiliar administrativo se ve afectado por posturas forzadas del cuello por tiempo prolongado, y esta sobrecarga laboral puede derivar a una situación de inmovilidad en la zona, haciendo incluso que el trabajador no pueda realizar su trabajo. Para evitar llegar a esto, cuando se produce este cuadro de tensión, al auxiliar administrativo se le recomienda calor y reposo, a veces cuando el cuadro es más grave se puede necesitar hasta rehabilitación. También es recomendable utilizar medidas ergonómicas que hagan del puesto de trabajo sea optimo, procurar realizar estiramientos cuando llevamos mucho tiempo sentados y en definitiva evitando malas posturas.

- Nódulos en las cuerdas vocales: Los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario, suelen dar también una atención al paciente, haciendo que esta enfermedad asociada al uso de la voz aparezca, puesto que continuamente están expuestos al uso de la voz, ya sea de manera presencial o telefónicamente a lo largo de la jornada laboral, de esta manera se producen como una serie de callos que aparecen en las cuerdas vocales y cuanto más se prolonga el uso de la voz sin tomar las pertinentes precauciones, puede derivar en ronquera, dolor en el cuello y disminución de la escala tonal entre otras. ¿Cómo podemos reducir esta dolencia? Pues no forzando la voz al hablar, manteniendo un tono de voz tranquilo, evitando hablar alto, reposando la voz cuando llevamos mucho tiempo hablando y procurar no carraspear.

A veces incluso el uso indebido de la voz solo puede arreglarse de manera quirúrgica, pero esto solo sería en el peor de los casos.

5 Discusión-Conclusión

Pero no solo existen estas enfermedades asociadas a los auxiliares administrativos, hay otras muchas más como tendinitis del manguito de los rotadores o dislipidemia, de las cuales ya hablaremos en otra ocasión, así vemos la cantidad de enfermedades que puede desarrollar un auxiliar administrativo por el simple hecho de estar en su puesto y desarrollar su trabajo, de la misma forma conocemos pautas que debe seguir para minimizar el poder padecer estas enfermedades en un futuro. Así el auxiliar administrativo ya conoce recomendaciones que debe llevar a cabo a lo largo de su jornada laboral e intentar corregir ciertas posturas o evitar una exposición prolongada en el tiempo en el uso por ejemplo de su voz,

puesto que puede verse impedido a la hora de desempeñar sus funciones.

6 Bibliografía

1. Salud en el Trabajo: enfermedades más frecuentes en el personal administrativo. Cero accidentes. <https://www.ceroaccidentes.pe/salud-en-el-trabajo-las-enfermedades-mas-frecuentes-en-el-personal-administrativo/>.
2. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Enfermedades profesionales más habituales en el auxiliar administrativo. <https://revistamedica.com/enfermedades-profesionales-administrativo/>.
3. Discapnet. <https://www.discapnet.es/salud/salud-laboral/enfermedades-laborales#:text=%C2%BFQu%C3%A9%20son%20las%20enfermedades%20laborales,diversos%20tipos%20de%20c%C3%A1ncer%2C%20etc..>
4. Dolor.com. <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/dolor-lumbar>.
5. Gonzalez costea oftalmólogos. <https://www.clinicagonzalezcostea.es/que-es-la-ametropia/#:text=La%20ametrop%C3%ADa%20se%20define%20como,que%20una%20persona%20vea%20bien>.
6. ASHA. <https://www.asha.org/public/speech/spanish/nodulos-y-polipos-de-las-cuerdas-vocales/#:text=Los%20n%C3%B3dulos%20de%20las%20cuerdas,una%20de%20las%20cuerdas%20vocales..>
7. Medline plus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000433.htm#:text=Es%20una%20afecci%C3%B3n%20en%20la,en%20la%20mano%20y%20dedos..>
8. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo INSHT. https://www.insst.es/documents/94886/518407/Sindrome_Tension_Cervical.pdf/33d88a96-683e-468c-8c05-386958a5f05f#:text=Definici%C3%B3n%3A,m%C3%BAsculo%20o%20a%20un%20grupo%20muscular.
9. Qué es la epicondilitis: causas, síntomas y tratamiento. <https://farmaciabolos.com/blog/epicondilitis-sintomas-y-tratamiento/>.
10. Lumbalgia: 8 recomendaciones de cómo evitarla: <https://www.hospitalvernaza.med.ec/component/k2/item/734-lumbalgia-recomendaciones-evitar-dolor>
11. Umivale activa: <https://www.activamutua.es/sindrome-del-tunel-carpiano-como-prevenirlo/#:text=Evitar%20posturas%20forzadas%20durante%20el,despu%C3%A9s%20de%20realizar%20movimientos%20repetitivos>.
12. Recoletas: <https://www.gruporecoletas.com/noticias/5-posibles-sen%CC%83ales-nodulos-la-garganta/>

Capítulo 283

LA ATENCIÓN A COLECTIVOS ESPECIALES POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SARA BALLESTEROS PINEDO

MARÍA INÉS MESAS VALERA

MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR

1 Introducción

Cuando trabajas en el sector sanitario, ya sea en los hospitales o atención primaria, de manera habitual el auxiliar administrativo es la primera cara que ve un paciente cuando este llega a un centro médico.

Este se encarga de recabar toda la información necesaria para la atención al paciente, debe resolver las dudas que el enfermo pueda tener, garantizar la privacidad y confidencialidad del usuario.

En casos de pacientes “extraviados” activan un protocolo de búsqueda de familiares y cuando los pacientes no tienen la residencia en el mismo lugar donde se encuentra el centro médico, se encargan de efectuar todas las diligencias para facilitarles a los enfermos un transporte que les devuelva a su lugar de residencia. Dentro de todo lo relacionado con la atención al paciente, el auxiliar administrativo debe lidiar con colectivos especiales, que necesitan una atención especializada, y dependiendo de qué tipo de paciente sea, conocer cómo atender y poder abordar cada caso. Y es en estos colectivos donde vamos a focalizar nuestra investigación.

Aquí os ponemos en antecedentes, pues no es lo mismo la atención a una persona mayor, que la atención a menores o personas con distintas discapacidades ya sean visuales, auditivas, físicas, etc. También incluimos en este grupo de colectivos especiales a los extranjeros. Entre estos colectivos, se incluyen:

- Personas mayores.
- Extranjeros.
- Personas con discapacidad auditiva.
- Personas que tienen discapacidad visual.
- Personas con discapacidades físicas o psíquicas.

2 Objetivos

Exponer aspectos importantes a tener en cuenta en la atención a colectivos especiales por parte del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

También se ha utilizado la propia experiencia profesional a la hora de atender a un paciente.

4 Resultados

A día de hoy, la atención a personas mayores se ha incrementado exponencialmente debido a que la esperanza de vida ha aumentado, por lo tanto debemos tener en cuenta las necesidades de este grupo. El auxiliar administrativo debe recibirles de una manera agradable y positiva que les haga sentirse cómodos a la hora de exponernos sus necesidades, tenemos que tener paciencia, pues les suele costar explicarnos lo que necesitan. Para ayudarles cuando el auxiliar administrativo les da las explicaciones pertinentes, hay que intentar vocalizar para que puedan entendernos con facilidad, probablemente y en la mayoría de los casos, tengamos que utilizar un lenguaje sencillo, llegando incluso a tener que apuntarles en notas escritas las instrucciones que tengan que seguir, en caso de que esto suceda, lo haremos siempre con letra grande e inteligible.

Además ahora con la implantación de las nuevas tecnologías, hay muchos procesos que se hacen por la vía telemática, y este es un medio que las personas mayores no conocen. En los últimos años y con motivo de la pandemia de COVID-19 muchas de las gestiones se hacen a través de internet, como la solicitud de citas para las consultas o prescripción de recetas médicas, por este motivo las personas mayores se han podido ver incapacitadas a la hora de manejarse con estas tecnologías y el auxiliar administrativo en estos casos debe ofrecerle a explicar cómo hacerlo e incluso tramitarles la gestión en según qué casos.

En otros casos debido a la vejez, el auxiliar administrativo puede encontrarse con personas que tengan problemas de movilidad, debiendo ofrecerles un asiento para esperar a ser atendidos, y cuando terminen su consulta ayudarles a levantarse del asiento.

Otro de los colectivos que podemos clasificar de especial es el de los extranjeros, pues al encontrarse en un país que no es el suyo, pueden tener dificultad a la hora de realizar gestiones o consultas médicas, ya sea porque no conocen nuestro idioma o bien por las diferencias culturales o religiosas, por eso el auxiliar administrativo debe tener paciencia y facilitarles toda la información que necesitan estos pacientes, repitiendo las instrucciones que deben seguir las veces que sea necesario.

Y para finalizar vamos a hablar del último colectivo especial que son las personas con discapacidad, en este último grupo debemos separarlos diferenciando el tipo de discapacidad que tengan, ya sea visual, auditiva, física o motriz pues dependiendo de esto, así será las distintas actuaciones por parte del auxiliar administrativo.

Discapacidad auditiva: en este grupo podemos encontrar diversidad de pacientes, pues debido a los diferentes grados de pérdida de audición será más fácil o más compleja la atención.

Al principio seguramente sea necesario captar su atención mediante un gesto, y una vez que ya comenzamos a interactuar con ellos, el auxiliar administrativo debe mirarlos a la cara, pues muchos son capaces de leer nuestros labios y saber qué es lo que les estamos diciendo. Intentaremos que la velocidad a la hora de hablar sea lenta pero no en exceso y nos cuidaremos de hacer muecas exageradas. Cuando la pérdida de audición es leve alzando nuestro tono de voz sería suficiente, siempre teniendo en cuenta no gritar. Si la pérdida de audición es mayor, y la persona viene acompañada de un intérprete, debemos dirigirnos a esta persona, así la atención será más fluida.

- Discapacidad visual: En estos casos el auxiliar administrativo comenzará la conversación de la misma manera que la iniciaría con cualquier otro usuario, debi-

endo utilizar con naturalidad expresiones como “mire” o “fíjese”, la explicación debe ser clara y concisa pues ellos no ven los gestos que les hacemos.

- Discapacidad física: aquí en este grupo incluimos a las personas que tiene algún impedimento a la hora de moverse. Suelen ser personas afectadas especialmente en sus extremidades, por lo tanto tienen dificultad para poder moverse con autonomía. El auxiliar administrativo debe ayudarles a la hora de manipular algún objeto o si deben desplazarse por el lugar, adaptarse al ritmo que nos marque la persona y evitando que pueda sentirse presionado, tratándolo con paciencia y amabilidad.

- Discapacidad psíquica: Son personas que tiene trastornos mentales, como trastorno de personalidad, trastornos depresivos y bipolares. Se caracterizan por ser personas que ven afectadas su vida cotidiana, como pueda ser su higiene personal, forma de socializar o aprendizaje.

Es un colectivo muy amplio debido a la gran diversidad de casos que podemos encontrar, por eso el auxiliar administrativo debe ser paciente y no anticiparse a cómo van a entender las explicaciones, debiendo explicarles todo lo que necesiten saber respecto a sus consultas.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos ido comprobando a lo largo de todo el capítulo, sabemos que la atención al paciente no es una tarea sencilla , pues el auxiliar administrativo debe poner de su parte para que el paciente entienda en todo momento lo que queremos trasmitirle, y cuando encima los pacientes son de un colectivo especial como los que acabamos de conocer todavía más aún, pues pueden encontrar un sinfín de estados de ánimos o personalidades diferentes, implementando la dificultad en el trato dependiendo de las características de las persona. Sabemos que hay unas reglas básicas cuando queremos tratar con ellos y dependiendo de los casos a tratar, pero si hay algo que es totalmente primordial, es que el auxiliar administrativo tiene que ser agradable en todo momento y que esté dispuesto a ayudar y colaborar en todas las necesidades que tenga el paciente.

6 Bibliografía

1 Revista médica ocronos: <https://revistamedica.com/atencion-colectivos-especiales-sanidad/>

Revista médica ocronos: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-paciente-necesidades-especiales/>

2 Agencia estatal boletín oficial del estado: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-15124>

3 Revista médica ocronos: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-paciente-atencion-primaria/#METODOLOGIA>

4 II Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2022: Sanidad, un trabajo en equipo": <https://congresosicepa.com/administrativo-consultas-externas/>

Revista médica ocronos: <https://revistamedica.com/tecnicas-comunicacion-atencion-colectivos-necesidades-especiales-centros-sanitarios/>

Capítulo 284

EL TRABAJO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SARA BALLESTEROS PINEDO

MARÍA INÉS MESAS VALERA

MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR

1 Introducción

Los auxiliares administrativos a día de hoy tienen muchas herramientas de trabajo a su disposición para el desarrollo de sus labores, pero sin ninguna duda la más primordial es el ordenador.

Hay muchos campos donde el auxiliar administrativo desarrolla su actividad, pueden ser del sector industrial, comercio, de gestión o administrativos, sanitarios, etc.,

Normalmente el auxiliar administrativo realiza su trabajo a través de pantallas de visualización de datos, pero el análisis de este tipo de trabajos nos hace tener en cuenta muchos factores ambientales como el tamaño del puesto de trabajo, como se distribuye el espacio, la forma de organizar las labores del auxiliar administrativo, así como el mobiliario que este necesita para llevarlas a cabo.

Por este motivo el auxiliar administrativo tiene una exposición muy prolongada con las pantallas de visualización de datos durante gran parte de su trabajo, esto tiene una serie de consecuencias y unos riesgos que pueden afectar negativamente al auxiliar administrativo y producir alteraciones en su estado de salud.

A lo largo de este capítulo vamos a conocer que son las pantallas de visualización de datos, como podemos minimizar las consecuencias que el auxiliar administrativo sufre al estar expuesto a ellas a lo largo de su jornada y las recomendaciones a la hora de utilizarlas.

2 Objetivos

- Explicar qué es una pantalla de visualización de datos.
- Exponer cómo trabaja el auxiliar administrativo con las pantallas de visualización de datos, riesgos y recomendaciones.

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

Como dice el Real Decreto 48/1997 de 14 de abril, el término “pantalla de visualización” se refiere a cualquier pantalla alfanumérica o gráfica, es decir, capaz de representar texto, números o gráficos, independientemente del método de presentación utilizado. Las pantallas más habituales en el ámbito laboral son las que forman parte de un equipo informático.

A día de hoy a los auxiliares administrativos les hace más falta desarrollar un trabajo con una pantalla de visualización de datos (pvd) y lo más normal es pensar que no hay ningún riesgo al exponernos a ellas, pero con el paso del tiempo puede tener graves consecuencias.

Pero no todos los puestos de trabajo que incorporan estas pantallas de visualización de datos, están considerados usuarios de ellas, se necesitan una serie de criterios establecidos por el Real Decreto como superar las 4 horas diarias o 20 semanales de trabajo efectivo con dichos equipos.

Un auxiliar administrativo usa una pantalla de visualización de datos como herramienta principal a la hora de la realización de sus labores, por lo tanto es uno de los puestos más expuestos a los riesgos que generan. Dichos riesgos hacen

que el auxiliar administrativo tenga síntomas de fatiga, dolor muscular, lesiones y hasta patologías.

El auxiliar administrativo se expone a fatiga visual, si la iluminación en su puesto de trabajo no es la ideal, haciendo que tenga que forzar la vista o sufriendo deslumbramientos. También debe tener un ángulo de visión de entre 10 y 30 grados respecto a la ubicación del trabajador con la pantalla de visualización de datos de modo que se le permita variar la mirada fácilmente hacia abajo cuando escribe. Se recomienda también que haya luz natural en el puesto de trabajo, siempre y cuando el puesto lo permita y a poder ser que entre por el lado contrario a la mano dominante del auxiliar administrativo para no generar sombras.

El auxiliar administrativo debe hacer breves descansos para relajar la vista.

5 Discusión-Conclusión

De esta manera hemos visto como el auxiliar administrativo se ve obligado a estar expuesto a estas pantallas de visualización de datos, ya que de otra manera no podría realizar sus labores de manera óptima. Sabemos también que los equipos de trabajo y el mobiliario que componen el puesto deben cumplir una serie de normas ergonómicas para no perjudicar la salud. El auxiliar administrativo debe conocer cómo prevenir los riesgos laborales en su puesto de trabajo, bien a través de algún curso formativo, o bien por parte de la empresa u organización en la que trabaje, y seguir las recomendaciones que le sean proporcionadas.

6 Bibliografía

- 1 NTP 139: El trabajo con pantallas de visualización: https://www.insst.es/documents/94886/326853/ntp_139.pdf/d432d6f6-cbba-4a12-8615-01eefce6865e?version=2.0&t=1638267873966
- 2 Revistamedica.com: <https://revistamedica.com/riesgos-auxiliar-administrativo-trabajo-pantallas-visualizacion/>
- 3 Revistamedica.com: <https://revistamedica.com/impacto-pantallas-visualizacion-administrativo/>
- 4 II Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2022: Sanidad, un trabajo en equipo": <https://congresosicepa.com/trabajo-pantallas-visualizacion-datos/>
- 5 II Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2022: Sanidad, un trabajo en equipo": <https://congresosicepa.com/exposicion-pantallas-visualizacion-datos/>
- 6 Real decreto REAL DECRETO 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas

de visualización. BOE nº 97 23-3-1997: https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/wp-content/uploads/2017/02/488_pvd.pdf

Capítulo 285

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA EN EL TRABAJO. PLAN PERSEO

M.JOSE GARRIDO BARRERA

VANESA RUBIO AYALA

EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO

MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA SIERRA DE
LA FLOR

IVÁN ARAQUE CASTELLANOS

1 Introducción

La violencia en los centros de trabajo es hoy en día uno de los mayores logros para superar, la cual se refleja en distintas manifestaciones, siendo un riesgo mayormente significativo y muy grave, que debe de ser analizado, estudiado, corregido hasta llegar a su eliminación absoluta.

En los centros de trabajo sanitarios tanto de atención primaria como atención secundaria , se llevan años observando el número de aumentos de más abusos, mas amenazas o ataques con su actividad laboral, donde se llega a poner en peligro su seguridad, su bienestar incluso su salud tanto física como psíquica. Incluye tanto la violencia física (agresión física sobre el trabajador) como la violencia psicológica (intimidando, amenazando o haciendo daño moralmente) sea cual sea su posición laboral del trabajador en el centro.

Los celadores y celadoras son uno de los factores más afectados dentro de la sanidad (junto al sector de la enfermería) ya que ellos son uno de los principales trabajadores que acogen al paciente en su llegada, trayectoria hospitalaria y en su despedida del centro. Por ello el Servicio de Salud de Castilla la Mancha puso en marcha un procedimiento donde los trabajadores podrían denunciar los hechos causantes sin tener que acudir a los juzgados.

2 Objetivos

- Analizar las actuaciones a realizar en caso de violencia en el trabajo hacia el trabajador.
- Exponer las normas básicas para proteger al trabajador en los Centros Sanitarios.
- Explicación sobre el procedimiento de prevención en situaciones de conflicto, Plan Perseo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en las bibliografías relacionadas con las literaturas existentes. Realizando y analizando en profundidad en artículos , noticias y libros, basándonos en las principales bases de datos: Scileo y Medine, seleccionando publicaciones científicamente revisadas y aprobadas.

4 Resultados

Observamos el aumento de situaciones de violencia laboral en los centros de trabajo sanitarios en los últimos años, las cuales han ocasionado consecuencias sobre la salud de dichos trabajadores afectados. Ello dio lugar a plantear revisiones sistemática siendo el objetivo actualizar y revisar periódicamente las normas disponibles sobre las agresiones tanto físicas como psíquicas a trabajadores del sector sanitario en atención primaria y secundaria en España. Hay estudios que redactan que los profesionales sanitarios agredidos normalmente son mujeres y expresan mayor temor ante los pacientes y/o familiares, afectando también al absentismo laboral y un descenso del rendimiento laboral.

Hay varios tipos de agresiones:

Verbal, es la agresión más concurrida con amenazas hacia los profesionales.

Psicológica; donde el agresor causa daño moral al profesional con numerosos insultos.

Físicas; en los últimos años se ha detectado un aumento de este tipo de agresiones, donde las bajas laborales del personal sanitario resaltan ante cual quiera de otras ya que los daños físicos deben de ser tratados.

Tras varios estudios se llega a la conclusión que el paciente es el principal agresor, seguido de los familiares y acompañantes en su mayoría hombres. Realizando la agresión hacia facultativos y profesionales del sector de enfermería (mayoría mujeres) y celadores los cuales son el personal que atiende de primera mano tanto en la entrada y salida de los pacientes.

¿Qué debemos de hacer durante una situación de agresión?

- Observar al paciente en su forma de vestir, gesticular...
- Mantener la calma y no responder a las provocaciones.
- Mantener un tono neutro, correcto y profesional, comprensivo pero firme.
- Si fuese preciso, interrumpir la actividad dando por acabada la conversación hasta que la situación esté controlada.
- Valorar si es necesario avisar a otros profesionales del centro o personal de seguridad.
- Tomar precauciones, evitar tener objetos punzantes a mano
- Evitar la proximidad física excesiva.
- No tener contacto ocular prolongado, ni movimientos bruscos y dar la espalda para nuestra seguridad.
- Tener un camino de huida y cerca del dispositivo de alarma.

Debido a estos incrementos de situaciones de violencia en abril de 2005 la Consejería de Sanidad de de Castilla L a Mancha (SESCAM) puso en marcha un plan para abordar este tipo de problemas, llamado Plan Perseo donde se pretende prevenir, proteger y eliminar dicha violencia hacia estos trabajadores, bienes y usuarios.

Prevención; donde se formaran los trabajadores adquiriendo conocimientos que ayuden a controlar las situaciones las cuales pueden derivar en actos violentos, como controlar el estrés, riesgos psicosociales, habilidades para la comunicación. Protección: hacia los profesionales, los bienes y usuarios, contando para ello con seguridad en los centros sanitarios y los planes de autoprotección.

Debiendo destacar el procedimiento de resolución de conflictos, de actuación ante una situación de violencia o la regulación de la asistencia letrada.

5 Discusión-Conclusión

Siendo cada vez más común en los centros sanitarios tanto de atención primaria como secundaria, la violencia física y psíquica, se creó por la Consejería de Salud de Castilla La Mancha el Plan Perseo, donde se garantiza la protección del sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores,,,)tomando medidas contra esta actuaciones tan desagradables. Gracias a ello los trabajadores están más formados para saber cómo controlar dicha situaciones, detectar gestos y miradas agresivas siendo estas situaciones alarmantes como para encender el protocolo frente ha agresiones.

Dado el gran trabajo y esfuerzo diario que realizan nuestros sanitarios, en estos momentos no deberían de existir ese temor a la hora de relacionarse con los pacientes o familiares.

6 Bibliografía

- 1.Castilla la Mancha-Procedimiento de prevención <https://www.csif.es>.
- 2.Revista SANUM <https://www.revistacientificasanum.com>.
- 3.<https://elmedicointeractivo.com>
› plan-perseo-prevenci...

Capítulo 286

FUNCIONES DE UN CELADOR EN QUIRÓFANO

M.JOSE GARRIDO BARRERA

VANESA RUBIO AYALA

EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO

MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA SIERRA DE LA FLOR

IVÁN ARAQUE CASTELLANOS

1 Introducción

Las labores realizadas por los celadores dentro de un quirófano es de gran importancia ya que es una de las zonas más delicadas dentro del centro Hospitalario, un celador en el quirófano realiza las funciones complementaria ayudando en todo momento al personal sanitario tales como cirujanos, anestesistas, enfermeros, auxiliares y a su vez también deben realizar funciones que le corresponden a otro tipo de celadores, tareas generales como el traslado de paciente, movilizar, transportar documentación, cuidado y mantenimiento de las instalaciones de los centros y recepción de los pacientes.

Siempre en un celador deben destacar sus habilidades comunicativas, ya que trabajará con pacientes y sus familiares, así como con el resto del personal del hospital, siendo el celador la primera persona que recibe al personal de la calle, debe de ser amable, simpático y prudente. Sabiendo trabajo en equipo y la capacidad

de seguir instrucciones y a su vez obedecerlas. Es importante tener buena forma física para las tareas que requieran levantar peso, según las necesidades que sean necesarias en el momento.

En los quirófanos una de los aspectos a destacar es su limpieza y desinfección, siendo estos divididos o distribuidos por zonas, zona negra, zona gris y la zona blanca.

2 Objetivos

- Analizar las labores del celador dentro de un quirófano
- Explicación sobre las actuaciones de los celadores dentro y fuera del quirófano, cumpliendo con sus funciones.
- Dar a conocer brevemente los quirófanos, requerimientos, zonas habilitadas y personal habilitado para trabajar en ellos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en las bibliografías relacionadas con las literaturas existentes.

Realizando y analizando en profundidad en artículos , noticias y libros, basándonos en las principales bases de datos: Pubmed, Scileo y Medine, seleccionando publicaciones y artículos científicamente revisados y aprobados.

4 Resultados

Un profesional de la salud como es el celador puede estar ocupando su puesto de trabajo en diferentes áreas dentro de un de centro hospitalario como puede ser UCI, Urgencias, planta, esterilización, quirófano, puerta, observación....

Nos centraremos en las labores a realizar por un celador dentro de un quirófano, siendo de gran importancia ya que se destaca un quirófano como una de las zonas mas delicadas por la importancia de su gran desinfección y cuidado.

¿Qué tareas realiza un celador dentro de quirófano?

Si queremos que el sistema funcione a la perfección es importante que todos los elementos que lo conforman realicen su trabajo, todos tienen una responsabilidad, ellos son un equipo.

Por ello un celador de quirófano:

- Es la primera persona que trata con el paciente antes de su intervención quirúrgica
- Siendo después trasladado por los celadores tras terminar la intervención quirúrgica., en todo momento el celador esta acompañado de la mano de las auxiliares de enfermería siendo tareas diferentes a desempeñar
- El celador se dedica estrictamente a asistir el área quirúrgica., siendo sus funciones exclusivamente el traslado y ubicación del paciente de igual forma deberá dirigir al mismo al lugar indicado luego de salir del quirófano.
- Ayudar al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones. Sabiendo para ello cual es la posición adecuada.
- Transportará los aparatos y/o mobiliario necesarios para la intervención. Estando atento para a su vez devolverlos a su lugar, al término de la misma colocándolos en su sitio.
- Realiza el transporte de documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención a distintos sitios como anatomía patológica o el laboratorio, sabiendo diferenciar entre las distintas pruebas tomadas para su distribución
- En todo momento debe respetar todas las normas.
- Tomar especial interés en la higiene o asepsia dentro de quirófano, debiendo cumplir con el protocolo de esterilización para su ingreso a quirófano.
- Redactarán a sus superiores todos los deterioros o daños a equipos que puedan ocurrir durante el traslado, evitando en futuros trayectos daños irreparables
- Tras la intervención quirúrgica, transportarán a la zona de recuperación al paciente.
- En los casos más desafortunados de deceso transportará a mortuario a aquellas personas fallecidas al igual que transportarán los miembros amputados de misma manera.

Sabiendo cuales son las funciones principales de gran importancia, el celador debe saber y conocer la distribución del quirófano, cabe destacar las clases de quirófanos que existen en España,

Clase A: son los quirófanos de alta tecnología donde principalmente se realizan intervenciones como son los trasplantes de órganos como el corazón, hígado y pulmón .

Clase B: siendo los más usuales o convencionales como los de las áreas de urgencias y cirugías ambulatorias.

Clase C.:tienen mayor dedicación a partos y también para cirugías de menor ambulatoria.

A parte de conocer los tipos de quirófanos que existen el celador tendrá que diferenciar las zonas distribuidas dentro del quirófano para desarrollar sus funciones ,

es muy importante la desinfección y limpieza a la hora de realizar intervenciones, cualquier virus o bacteria podría perjudicar gravemente la salud del paciente.

Los quirófanos se distribuyen en Zonas:

-Zona Negra conocida como “sucia” siendo esta el acceso a quirófanos aquí se permite aún la entrada con ropa de calle. Están los baños, admisión quirúrgica y los vestuarios, es donde se debe cambiar y ponerse el uniforme adecuado, las calzas y gorro. El celador se encarga de la vigilancia de los accesos.

-Zona gris: zona semi-restringida donde el personal debe acceder uniformado con las calzas y el gorro.

Aquí en esta zona se encuentran las áreas de limpieza y desinfección del instrumental que se utiliza en el quirófano, el empaquetado para la esterilización y los almacenes del propio quirófano. Aquí el celador debe ocuparse de mantener el almacén ordenado y relleno.

3-Zona blanca: es el área estéril o zona restringida. El acceso es muy limitado sólo puede acceder el personal autorizado, con el uniforme, las calzas, gorro y también mascarilla quirúrgica. El celador desarrolla labores de apoyo a todo el equipo sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Como observamos en este estudio, los celadores pueden ubicarse en cualquier parte de un Hospital realizando tareas diferentes según las zonas donde desempeñen sus funciones, en el caso de los quirófanos deben mantener la guardia y saber en todo momento cómo actuar durante las intervenciones sin ser requeridos por los profesionales, es muy importante la higiene dentro de los quirófanos ya que se podrían trasladar virus y bacterias al paciente con daños irreversibles, a su vez un celador debe conocer los protocolos de actuación en cada momento y estar preparados y formados junto con su equipo de compañeros, gracias a ello un buen celador sabrá como manejarse tanto en una zona de urgencias como a su vez en la zona más delicada de un hospital, los quirófanos.

6 Bibliografía

1. www.redaccionmedica.com
2. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/home.htm
3. https://www.gfmer.ch/Medical_journals/Revistas_medicas_acceso_libre.htm

Capítulo 287

CELADOR CONDUCTOR

M.JOSE GARRIDO BARRERA

VANESA RUBIO AYALA

EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO

MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA SIERRA DE LA FLOR

IVÁN ARAQUE CASTELLANOS

1 Introducción

Una de las profesiones más aclamadas dentro de los profesionales de la salud es la categoría de celador, auxiliar enfermería y enfermeros, nos centraremos en la categoría de celador donde sabemos gracias a varios estudios realizados en que se basan sus principales funciones, destacando sus distintas especialidades como pueden ser: atención directa, almacén, autopsias, quirófano, celador de urgencias, de planta.. por otro lado, hay puestos específicos de celador conductor cabe destacar la existencias en algunas comunidades y gerencias de sanidad como es SAS la especialidad del celador conductor, en la comunidad de Castilla La Mancha, están estudiando para proponer esta categoría donde se destacan funciones tan importantes y cuidados de las ambulancias junto con su organización con el equipo que realice trayectos importantes a la zona donde sean reclamados, como un accidente.

Para saber cuales son sus funciones principales debemos estudiar las siguientes normas;

-Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social

-Normativa autonómica específica.

Las funciones principales dentro de esta categoría de celadores aun no conocida , serian las principales marcadas para ellos y le sumariamos :

Guardias, tramitación oral entre los compañeros, vigilancia de las instituciones, velar por el orden y silencio dentro de las dependencias, control de familiares.....

2 Objetivos

-Explicar brevemente las funciones generales de un celador.

- Describir las funciones específicas de un celador conductor.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en las bibliografías relacionadas con las literaturas existentes.

Realizando y analizando en profundidad en artículos , noticias y libros, basándonos en las principales bases de datos: Scileo y Medine, seleccionando publicaciones científicamente revisadas y aprobadas.

4 Resultados

Como sabemos dentro de los profesionales de la salud tanto en Atención Primaria como en Atención Secundaria existen diferentes categorías laborales a las cuales se les exige unos criterios indispencibles a la hora de desarrollar sus labores, nos encontramos con profesionales como son los médicos, ATS, celadores, enfermeros, especialistas en alguna categoría.

Una de las categorías mas recurridas dentro del mundo de los profesionales de la salud son los celadores, siendo sus principales tareas a realizar el:

-Traslado de pacientes por todo el Hospital o Centro de atención Primaria.

-Entrega de Documentación en las diferentes zonas del Área de trabajo.

-Comunicación con los pacientes tanto en la entrada como en la salida del centro.

-Organización y cuidado del inmobiliario.

-Avisaran de cualquier deterioro no avisado anterior mente.

- En los quirófanos auxiliarán en todas las labores propias del Celador.

- Realizar funciones que sean ordenadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras.

Investigando sobre esta profesión sanitaria se destaca la nueva incorporación de la sub-categoría celador conductor, basándose principalmente en la conducción de ambulancias no estando aún inscrita en todas las comunidades de España, detallamos a continuación sus nuevas funciones como personal sanitario:

1- Condución de los vehículos propiedad de la institución en la que presten sus servicios.

2- Tramitar sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos y objetos que les sean confiados por sus superiores, como enfermeros, médicos....

3- Trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se les indique.

4- Servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.

5- Realizarán aquellas labores de limpieza que se les encomienden en la ambulancia.

6- Cuidado de las instalaciones dentro de la ambulancia junto con el mantenimiento de todas las mercancías.

Pero ¿Cuáles son las principales diferencias entre un celador y un celador-conductor?

Como se ha comentado no en todas las comunidades existe aun esta categoría sanitaria, de ello una de las grandes diferencias son las plazas que hay para cubrir estos puestos de trabajo.

No son los mismo requisitos para una u otra categoría ya que si coinciden en la titulación requerida, pero debemos de adjuntar la titulación específica de celador-conductor.

Al igual que varían los requisitos, a la hora de presentarnos en una oposición para celador-conductor, el temario a estudiar para el proceso selectivo suele ser distinto, incluyendo algunos temas basados en la conducción y sobre todo obligación de varios carnet de conducción como es el B y el específico para conducir ambulancias BTP

Las retribuciones pueden ser ligeramente distintas, según la comunidad autónoma de que se trate.

En los últimos años se implantó esta modalidad de categoría, en la comunidad ya inscrita, Andalucía, mediante la Orden 12 de Junio de 1995.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador sigue aumentando dentro de los profesionales sanitarios, siendo de gran importancia todas las funciones realizadas por ese sector de trabajador que en los últimos años son tan demandados tanto para la atención primaria como son en los Centro de Salud o en la atención secundaria como son los trabajos realizados en los Hospitales, dado este aumento, SAS (Servicio Andaluz de Salud) implanta hace unos años y crea un Decreto para sobresaltar un nuevo "puesto" de trabajo en la categoría de celadores, Celador-Conductor con labores dentro de una ambulancia junto a profesionales de la sanidad en todas sus categorías.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ciforma.es/wp-content/uploads/2020/09/ficha-sas-cel-conductor.pdf>
- 2.<https://www.socideco.com/213-bloque-de-oposiciones-temario-especifico-del-sas>
- 3.<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/ofertas-de-empleo/oferta-de-empleo-publico-puestos-base/convocatorias-oep-2021-22/cuadro-de-evolucion-de-acceso-libre/celadora-conductora-1>
- 4.<https://www.edicionesrodio.com/blog/servicios-de-salud/celador-conductor-del-sas-listas-definitivas-de-opositores-admitidos-para-el-examen/>

Capítulo 288

EL CELADOR Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN LA SANIDAD

MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ

MARTA TEJEDA CHUMILLAS

ALFONSO GARCIA MARINA

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MANUEL GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

Los datos personales relacionados con la salud se consideran datos sensibles y están especialmente protegidos. Los profesionales médicos, incluidos los profesionales de la salud, gestionan información y datos en nuestras operaciones diarias y gestionan para que tanto los pacientes como otros usuarios accedan a los servicios del servicio médico.

Para participar en varios estudios de salud humana, es muy importante completar el consentimiento informado redactado e informar a los pacientes sobre estas pruebas y estudios.

Según su historial médico, la Ley de Protección de Datos (sustentado en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal), esta ley se desarrolla en el artículo 18 de la Constitución Española de 1978. Privacidad familiar. Quedan fuera de esta normativa aquellos datos agrupados para uso

doméstico, en la cual se garantiza la privacidad del paciente de los diferentes estudios realizados. Se les dará una hoja informativa explicándoles detalladamente las pruebas a las que van a ser sometidos, habrá una reseña en la cual, explicarán que las pruebas no tendrán carácter negativo para el paciente.

El Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) explica que este principio requiere que el controlador tome las medidas organizativas y técnicas adecuadas para garantizar que el proceso cumpla con las normativas y lo demuestre.

En la práctica, este principio requiere que analice los datos que procesa su organización, el propósito para el que se realiza y el tipo de actividad de procesamiento que realiza. Con base en este conocimiento, trabajan con el ENS (Programa de Seguridad Nacional) para definir claramente cómo aplicar las medidas previstas RGPD y asegurarse de que estas medidas son las adecuadas para el cumplimiento. En resumen, este principio requiere una actitud dedicada, diligente y positiva hacia todo el procesamiento de datos personales realizado por una organización.

2 Objetivos

Indicar la importancia de la protección de datos en un entorno hospitalario, recordando una serie de pautas para que el personal médico procese los datos correctamente.

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 secreto profesional es una obligación prioritaria para los empleados que tienen acceso a los datos del paciente incluso después de la finalización de la relación:

- El centro médico debe tomar medidas para proteger los secretos.
- Cada paciente tiene derecho a constatar los medicamentos y las alergias a ellos en su historial médico anterior, registrado en el historial médico, en todos los

estudios y procedimientos diferentes. Se recopilarán datos apropiados y presentados de manera objetiva para completar el historial médico.

- Los datos autorizados del personal no deben utilizarse indebidamente con personal no autorizado ni debatirse sobre los datos personales de los pacientes.

Para asegurar y proteger la privacidad de los pacientes, es importante seguir la declaración de la Agencia para la protección de datos de los sanitarios y celadores de España.

1. Tratar los datos del paciente con respeto a la privacidad y confidencialidad individual.

2. Acceso al historial del paciente solo cuando sea preciso.

3. Acceso a documentos clínicos almacenados en el sistema.

4. Evitar proporcionar información a terceros sin el consentimiento o autorización del paciente.

5. Asegurarse de cerrar la sesión antes del final de la jornada laboral para evitar que empleados no autorizados accedan a su información.

6. No enviar los datos personales del paciente por correo u otro medio informático sin cifrar.

7. No arrojar los documentos de los pacientes a la basura.

8. Una vez que la historia clínica del paciente esté completa, guardarla en un armario adecuado y asegurarse de que el armario esté cerrado.

9. No dejar registros médicos en ningún lugar sin la supervisión de un personal médico autorizado.

Todos los pacientes tienen derecho a archivar los datos con la mayor precisión posible. Para recopilar información sobre la salud del paciente, el paciente debe dar su consentimiento y firmar el consentimiento por adelantado.

Si un paciente no desea permitir un tratamiento particular para sus datos, puede cambiar de opinión y permitirlo en cualquier momento. De lo contrario, si firma el consentimiento, puede limitar, modificar y revocar el consentimiento otorgado.

5 Discusión-Conclusión

En el curso de su trabajo, los profesionales sanitarios reciben y gestionan continuamente información de usuarios o pacientes.

La Ley Básica de Protección de Datos trata los datos personales relacionados con la salud como sensibles, en particular los datos protegidos.

Todos los documentos relacionados con el historial médico de cada paciente se registran en base de datos y ficheros, así como la identificación del médico y demás profesionales sanitarios que intervinieron en el mismo.

El historial y/o informe es un conocimiento verdaderamente actualizado de la salud del paciente, por lo que es de vital importancia al inicio de evaluación o de cualquier tratamiento, buscar información sobre su salud.

Las historias clínicas son muy eficaces, y hay que tener una gran responsabilidad a la hora de manipularlos. La divulgación de los datos del paciente o cualquier tipo de información del mismo podrían dar lugar a tener grandes problemas ante la ley.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/>
2. <https://clickdatos.es>
3. <https://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia>

Capítulo 289

LA ACTUACION DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS Y ALMACENES HOSPITALARIOS

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

SUSANA DÍAZ GARCÍA

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

LAURA DÍAZ GARCÍA

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

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 Servicio/Sección de Suministros gestiona la adquisición del material de acuerdo con las normas de contratación administrativa, Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.

La gestión de los suministros de las instituciones sanitarias son ejecutadas tanto en la Atención Primaria como en la Atención Hospitalaria por

Departamentos encargados de todas las actividades cuya finalidad es la de hacer el aprovisionamiento de todo tipo de suministros necesarios. Para esta gestión es imprescindible la existencia de un almacén general en el cual todas las materias primas o las mercancías se albergan hasta su utilización. Por la peculiaridad de los Centros sanitarios es necesaria la existencia no solo del almacén general, sino también de almacenes por Centros sanitarios (en el caso de Atención Primaria) y por Plantas incluso (en el caso de Atención Especializada).

El servicio de aprovisionamiento del hospital se encarga de proporcionar todos los recursos materiales necesarios para los diferentes servicios del propio hospital. El organigrama del servicio de suministro de material consta de unidades de compras, almacén y contratación:

1/ El departamento de compras debe procesar el pedido del proveedor e investigar el presupuesto presentado. También, se encarga de mantener el catálogo de productos del hospital.

2/ Almacén: El servicio de suministros del hospital se encarga de proporcionar todos los recursos materiales necesarios para los diferentes servicios. El personal del almacén es responsable de recibir la mercancía y distribuirla a varios departamentos.

2 Objetivos

- Identificar las funciones las que le corresponde al auxiliar administrativo dentro del departamento de suministros y almacén del centro hospitalario.
- Explicar el funcionamiento adecuado de los departamentos de suministros en los hospitales.

3 Metodología

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

Pubmed, y Scielo.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos del ámbito sanitario realizan dos tipos de pedidos:

- Pedidos de almacén: Este tipo de pedidos se pueden hacer mediante la intranet, que es la forma más habitual para agilizar de este modo las gestiones y evitar utilizar los formularios en papel, o en algunas ocasiones también se utiliza el formato papel, aunque este tiende a desaparecer.
- Pedidos a suministros-compras: Se pueden realizar pedidos de suministros de material fungible de uso frecuente, se refiere a material consumido con el uso, y se suele realizar a través de la intranet. Y en formato papel se harán los pedidos de material establecido en los catálogos, que bien pueden ser artículos nuevos de que necesitemos de autorización.

Podemos encontrar dos tipos de materiales:

- Puede ser almacenable, todos los productos que se consumen regularmente, independientemente de su naturaleza y destino.
- No se puede almacenar, productos que se utilizan esporádicamente o productos específicos de un determinado servicio.

Una vez recibido el pedido en el almacén, se registrará en el sistema informático. De acuerdo con las existencias de cada producto se imprimirá el correspondiente albarán de despacho.

En el caso de los acuerdos de consumo o de existencia será el propio sistema informático el encargado de registrar de forma automática los pedidos que corresponden, que serán transformados en albaranes en función también de las existencias de cada producto. A continuación se registrará la entrada del material en el sistema informático por el auxiliar administrativo accediendo por número de pedido, confeccionándose el albarán interno correspondiente. A partir de aquí pueden darse dos casos diferentes:

- Material con destino al almacén, el cual se colocará en su lugar correspondiente.
- Material de tránsito, el cual se distribuirá a los Centros sanitarios que así lo hayan solicitado.

El almacén realiza el recuento de inventario todos los años. Del mismo modo, todos los productos almacenables están sujetos a un control de caducidad cada año. El servicio se centra principalmente en la siguiente gestión:

- Almacenaje de activos de inventario y productos de reemplazo del sistema.
- Recepción de todos los productos que se consideren reemplazados del almacén general y realice el procesamiento de datos en los documentos de entrada y salida.
- Especificación de la ubicación de los puntos de consumo de material y producto.

- Transporte externo de bienes y productos, incluyendo muestras biológicas, sangre y hemoderivados, materiales esterilizados y dosis unitarias de farmacia y su ubicación en el punto de consumo.

Hay varias áreas de trabajo en cada almacén:

- Área de Entrada de Carga: Área por donde ingresan las mercancías desde el exterior.
- Área de recepción: donde se realizan las tareas de verificación de paquetes y pedidos de entrega.
- Almacén apropiado: el lugar donde se almacenan las mercancías en el inventario.

La ubicación del almacén es muy importante, especialmente para los sistemas convenientes de almacenamiento y movimiento de mercancías. Los objetivos son tener siempre en el almacén todos los suministros que reclame el hospital en cualquier momento o situación, controlados por el personal que los gestiona, siempre en condiciones óptimas y servidos en tiempo y forma a los distintos departamentos del hospital.

Se establecerá una relación para cada grupo de materiales catalogados y el período de consumo (semana, dos semanas, un mes, etc.), y el departamento utilizará esta relación como pedido estándar para el almacén. Los pedidos no programados son los que envían servicios tales como consultas externas, secretarías, etc., que no tienen un consumo regular.

Según las características de la mercancía, el hospital puede tener distintos tipos de almacenes. Cada hospital tiene un espacio de almacén físico. La superficie de este espacio está relacionada con:

- La ubicación del hospital.
- Tipo de hospital.
- Número de camas de hospital.
- Frecuencia de pedidos

Los auxiliares administrativos de los hospitales proceden a la petición de todo tipo de material, aparatos, medicamentos, etc., que requieren los facultativos del hospital así como el área administrativa, realizándolo también mensual, o de forma puntual según las circunstancias. Todas las peticiones han de ir firmadas por el responsable del servicio. Los auxiliares administrativos de la unidad de suministros reciben dichas peticiones para así iniciar el proceso de abastecimiento a los centros de salud u hospitales.

Los auxiliares administrativos en este departamento llevan el control de la recepción de la mercancía, donde es verificado el número de paquetes que se entregan, así como el estado de los mismos, revisión de albarán, sellado del mismo entre

otras funciones En esta sección el auxiliar administrativo controla toda la mercancía, se registra la entrada de la misma, anotando número de unidades, proveedor, tipo de material, características CE, entre otras y si todo es correcto se da el visto bueno a dicha mercancía.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo realiza la gestión del cálculo sobre la necesidad de compra con la frecuencia que considere oportuna, de acuerdo con los parámetros de gestión, la situación de existencias y la creación de las propuestas del pedido a los proveedores. El objetivo es tramitar la obtención del mejor nivel del servicio posible con una adecuada rotación del almacén, que permita disminuir los riesgos por obsolescencia de los productos, caducidad y con menores costos de tratamiento.

Inicia este proceso con la petición del material necesario, como su recepción, y una vez recepcionado el control de que todo lo recibido coincide con lo pedido, verificando todos los parámetros necesarios para un registro correcto y si surgiera alguna incidencia proceder a su subsanación con el proveedor, dejando constar por escrito dicha incidencia.

Gracias a una buena gestión logística y de suministros, podemos brindar buenos servicios a pacientes y usuarios. Por ello, pretendemos potenciar las funciones del departamento de suministros como elemento clave de la gestión sanitaria.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en buscadores como: auxiliar administrativo, funciones del auxiliar administrativo en sanidad, suministros, almacenes hospitalarios.
2. Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.
3. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-responsablealmacengeneral-hospital/>.
4. <https://www.gestion-sanitaria.com/1-aprovisionamiento-sanitario.html>

Capítulo 290

HIGIENE POSTURAL Y ERGONOMIA PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

SUSANA DÍAZ GARCÍA

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

LAURA DÍAZ GARCÍA

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

1 Introducción

Hoy en día la jornada laboral comprende muchas horas en posiciones poco recomendables para nuestro cuerpo, a pesar de los avances de la Medicina, el personal del ámbito sanitario se expone a situaciones que ponen en riesgo su salud. La mala postura en el trabajo y la falta de información sobre las posturas más ergonómicas para cada tarea, originan un elevado número de casos de trastornos músculo- esqueléticos, producidos como consecuencia de la exposición reiterada a factores de riesgo biomecánicos y organizacionales, que afectan mayoritariamente a los músculos (distensiones), tendones (esquinces) y ligamentos. Esta patología constituye una importante causa de incapacidad entre los profesionales. Por ello, es importante que conozcan las medidas preventivas para reducir dicho riesgo.

La Ergonomía se puede definir como el desarrollo de la Fisiología y de la Psicología al puesto de trabajo. Es, por tanto, una disciplina que conjuga el diseño del lugar de trabajo, tareas y herramientas, ensamblándolas con las características, en este caso, del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, para así maximizar el rendimiento. La Ergonomía estudia cómo adaptar las tareas a desempeñar, a las características físicas y psicológicas del trabajador para mantener su propio bienestar físico y mental. Su fin es evitar las enfermedades y/o lesiones que las posturas, los movimientos y las fuerzas produzcan en el trabajador por las condiciones en el trabajo.

La Prevención de Riesgos Laborales (PRL) es la disciplina que promueve la mejora de la salud y la seguridad de los trabajadores en su puesto de trabajo, mediante la aplicación de medidas y técnicas y el desarrollo de las actividades necesarias para prevenir los riesgos derivados de las condiciones del trabajo, teniendo como herramienta fundamental la evaluación de los posibles riesgos desarrollada por cada empresa. El riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo, considerándose daños derivados del trabajo tanto las enfermedades, como las patologías o lesiones sufridas como consecuencia del trabajo.

Hay que corregir la postura para intentar disminuir los riesgos de padecer algún tipo de dolencia y así evitar las consecuencias negativas salud y el bienestar de los trabajadores. El principal objetivo de la higiene postural es aprender una serie de normas para ayudar a proteger la espalda a la hora de realizar actividades rutinarias en el ámbito laboral.

2 Objetivos

- Exponer la importancia y las indicaciones para una adecuada higiene postural para el personal auxiliar administrativo del ámbito sanitario.
- Explicar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el auxiliar administrativo en cuanto a la ergonomía en su puesto de trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La higiene postural es un conjunto de normas que tienen por objeto el correcto mantenimiento de la posición del cuerpo, tanto en equilibrio como en situación de movimiento, para evitar las lesiones y a la vez cuidar de nuestra columna vertebral y de las demás articulaciones de nuestro cuerpo, y como sabemos, el personal administrativo a lo largo de toda la jornada de trabajo, adopta diferentes posturas en función de la actividad que realiza. El acogimiento de malos hábitos posturales como estar mucho tiempo en la misma posición, realización de movimientos repetitivos, posturas forzadas, etc., pueden desencadenar principalmente en dolores de espalda.

Una de las causas principales de la fatiga postural es la realización de tareas que obligan al trabajador a permanecer de forma prolongada en determinadas posturas de trabajo, ya que se pasa muchas horas sentado frente a la pantalla del ordenador, con poca luz y realizando movimientos repetitivos. Una correcta postura es aquella que permite la realización de las actividades con la mayor eficacia. El mantenimiento de una correcta postura en el puesto de trabajo es fundamental para prevenir y evitar multitud de patologías como hernias discales, ciáticas, lumbalgia, etc.

Los problemas que más a menudo se observan entre los profesionales administrativos son:

- Problemas de fatiga. Quizá sea el aspecto sobre el que menos se incide y, sin embargo, hay muchos profesionales que padecen enfermedades relacionadas con un trabajo reiterativo o con una mala organización del mismo; se pueden citar en este apartado trastornos del sueño, depresión, irritabilidad...
- Problemas musculoesqueléticos y circulatorios. Pueden apuntarse en este apartado, la postura al sentarse, un mobiliario anticuado, sillas con un apoyo deficiente, por ejemplo, posición de las manos en el teclado, torsión del cuello al hablar por teléfono, la posición del ordenador o el sedentarismo.
- Problemas visuales o de voz. Aquí entran las condiciones ambientales del lugar donde se trabaja. La luz y su incidencia en el ordenador o en la lectura de papeles, los reflejos que a menudo hay en la pantalla, producen alteraciones en la vista; la mala climatización y el ruido son otros de los factores que afectan a los administrativos y que van desde problemas con la fonación hasta trastornos respiratorios.

La aplicación de la Ergonomía en los centros de salud y hospitales comprende la conciliación entre los siguientes factores:

- Personales: fatiga, edad, entrenamiento...

- Características del propio puesto de trabajo: turnicidad, mobiliario, equipación, cargas de trabajo, diseño de las habitaciones, accesibilidad...

- Ambientales: luz, temperatura, ventilación, barreras...

Siempre es necesario un estudio ergonómico de un puesto de trabajo; con ello, conseguiremos:

- Restringir los movimientos repetitivos de manos, muñeca y espalda.

- Limitar la aplicación excesiva de la fuerza.

- Evitar giros posturales o laterales del tronco.

- Mantener una correcta postura frente al ordenador.

- Acabar con la escasez de reposo fisiológico o de recuperación.

- Permitir que el ambiente (luz, sonido, temperatura, ventilación) sea el necesario según el turno y la tarea.

- Aminorar el ritmo impuesto por un proceso que el trabajador no pueda modular.

- Eliminar la inadecuación de ropas, calzado u otros efectos personales que tenga el trabajador en su jornada laboral.

- Procurar estabilidad del suelo y limpieza del entorno.

- Llevar un estilo de vida adecuado.

- Hacer ejercicios de relajación

- Estirar el cuerpo cada cierto tiempo para mejorar la postura.

Importante es mencionar la fatiga mental y emocional que suele padecer el auxiliar administrativo: consiste en una disminución de la eficiencia funcional mental, debida en este caso a un esfuerzo intelectual o mental excesivo, esto hace que el trabajador cometa más errores. La fatiga mental se puede presentar puntualmente o por el contrario, se puede presentar de forma más duradera afectando a la salud del trabajador y a otros aspectos, como son: el absentismo laboral, la disminución de la productividad, la motivación y las relaciones sociales. Así mismo, ésta patología puede desencadenar síntomas somáticos

(cefaleas, hipersudoración, palpitaciones, mareos), trastornos digestivos

(diarrea, náuseas), trastornos del sueño y trastorno psíquicos (ansiedad, irritabilidad, estados depresivos) llegando a una situación de estrés si el organismo es incapaz de recuperar por sí mismo el estado de normalidad, o si no son corregidas las condiciones que originaron la situación.

Para la mejora de la postura y el fortalecimiento de los músculos, la práctica del yoga ha demostrado ser altamente beneficiosa, porque además de proporcionar una disminución del estrés supone una mejora de los músculos que intervienen en una correcta postura. Todas estas prácticas no solo mejoran el bienestar laboral y personal de cada trabajador, sino que benefician también a las empresas mejorando su productividad, ya que se reducen las molestias relacionadas con la

espalda, disminuyendo por tanto el número de bajas por enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo administrativo que se realiza en los centros sanitarios parece que no tiene riesgos ergonómicos porque no se llevan a cabo trabajos de carga física. Pero la ergonomía en los trabajos administrativos es también primordial, ya que evita riesgos físicos provocados por malas posturas. Es conveniente que desde los centros sanitarios se comuniquen estas recomendaciones a los empleados administrativos para evitar bajas laborales y pérdida de productividad por los problemas que puede causar los malos hábitos frente al ordenador.

Llevando a cabo una correcta higiene postural hará que la espalda se encuentre más fuerte y sana pudiendo lograr así una mayor productividad y menor absentismo laboral. La fatiga crónica se observa con relativa frecuencia, sobre todo en profesionales administrativos. Las causas de la misma vienen determinados en la mayoría de las veces por las malas posturas adoptadas en los puestos de trabajo. También son relevantes para el bienestar del trabajador la concienciación del estilo de vida, el ejercicio físico, nutrición, técnicas de relajación y métodos de protección del sistema osteomuscular en actividades laborales y extralaborales en la vida privada.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en buscadores como: auxiliar administrativo, ergonomía, higiene postural, fatiga del auxiliar administrativo.
2. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
3. Página web del INSST.
4. <https://conceptodefinicion.de/ergonomia/>.

Capítulo 291

LA FATIGA VISUAL EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCION SANITARIA.

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

SUSANA DÍAZ GARCÍA

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

LAURA DÍAZ GARCÍA

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

1 Introducción

El empleo cada vez más frecuente de los ordenadores, tablets y móviles ha hecho que la fatiga visual sea cada vez más frecuente. Los métodos de trabajo han experimentado un gran cambio en los últimos años y la evolución tecnológica, tan beneficiosa para el adecuado y eficiente desempeño de las tareas, ha hecho que esta patología oftalmológica haya aumentado. La duración y frecuencia de los periodos de exposición a las pantallas de visualización de datos, así como la intensidad y el grado de atención requerida por la tarea desempeñada, están directamente vinculados con la posibilidad de que el trabajador sufra fatiga visual. La aparición de molestias oculares constituye un motivo frecuente en las consultas médicas, ya que la fatiga visual es una de las enfermedades laborales más comunes. Y así ha sido declarada como tal por la Organización Internacional del

Trabajo, dentro del grupo de enfermedades laborales, y su término médico es "astenopia", aunque no es una patología en sí, sino el fruto de una exigencia excesiva a los ojos.

La fatiga visual es uno de los principales riesgos para la salud que presentan los trabajos asociados al uso de ordenadores, como el de un auxiliar administrativo en la institución sanitaria. En realidad, es la respuesta del ojo frente al esfuerzo muscular excesivo durante un largo periodo de tiempo, siendo el término médico para definirlo: astenopia. Los ojos son un órgano muy delicado y que necesita muchos cuidados, en nuestro trabajo los ojos sufren mucho ya que pasamos muchas horas frente a una pantalla de un ordenador, por ese motivo es muy común que los trabajadores de personal no sanitario como son los administrativos y los auxiliares administrativos tengan problemas visuales.

Las personas que trabajan con pantallas disminuyen considerablemente la frecuencia de parpadeo, el cual tiene como principal función lubricar el ojo. El ritmo normal de parpadeo es de una media de 20 veces por minuto, sin embargo, cuando se está trabajando frente a una pantalla de ordenador el ritmo disminuye a 5 veces por minuto favoreciendo así que la superficie ocular se reseque y genere sensación de ardor. Las molestias descritas suelen aparecer al final del día o de la jornada laboral.

Existen diferentes medidas y ejercicios que se pueden llevar a cabo para ayudar a evitar la fatiga visual y minimizar el riesgo de sufrirla, por parte de aquellos trabajadores estén expuestos durante más tiempo al uso de pantallas de visualización de datos, como son los Auxiliares Administrativos.

2 Objetivos

- Identificar las causas que producen la fatiga visual en el colectivo de auxiliares administrativos.
- Explicar las medidas preventivas existentes para evitar el síndrome de fatiga ocular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La fatiga visual se puede manifestar de diversas formas, las más comunes son, molestias en los ojos, dolor de cabeza, enrojecimiento y picor de los ojos además se puede tener visión borrosa o desenfocada, sensación de que no se pueden mantener los ojos abiertos, dificultad para concentrarse, sensibilidad a la luz. Todos estos síntomas pueden ocasionarnos malestar y perjudicarnos a la hora de realizar nuestras tareas, ya que al no encontrarnos bien veremos mermadas nuestras facultades para desarrollar con eficiencia nuestro trabajo así como también puede afectar a nuestra vida personal, por todo esto es tan importante cuidar la salud de nuestros ojos.

Las causas de fatiga visual se pueden clasificar de la siguiente forma:

1/ Causas exógenas: Son las que provienen, generalmente, de una deficiente disposición de los factores externos asociados, especialmente del monitor, la postura del usuario y el entorno lumínico ambiental. El monitor debe estar colocado a la altura de la línea de los ojos o ligeramente por debajo, pero siempre situado enfrente de la vista.

2/ Causas endógenas: Son alteraciones en el órgano de la vista, es decir, una carente o inadecuada corrección óptica. En este último caso, si se utilizan lentes correctoras (especialmente si son para leer), es probable que se requieran otras graduaciones para trabajar con el ordenador. Para ello, se recomienda visitar periódicamente al especialista.

Aquellos trabajadores que utilizan constantemente pantallas de visualización de datos, son los más propensos a sufrir problemas oculares, como es la fatiga visual. Para prevenir o al menos minimizar los daños en la seguridad y salud, se pueden llevar a cabo una serie de medidas que ayuden a que los ojos del trabajador no sufran esfuerzos excesivos. Las pautas a seguir para evitar la fatiga visual son las siguientes:

- Pestañear con frecuencia para refrescar los ojos.
- Se deben realizar pausas a lo largo de la jornada laboral, e incluir en la rutina de trabajo la regla 20-20-20, que consiste en tras 20 minutos de exposición a la pantalla, mirar más allá de 20 metros durante 20 segundos.
- El tamaño de los caracteres de la pantalla debe tener un tamaño y un espaciado adecuado entre ellos para que pueden verse claramente.
- La imagen de la pantalla no debe tener destellos ni centelleos.
- Mejorar la calidad del aire del centro de trabajo, usar un humidificador, ajustar el termostato y evitar el humo también contribuyen a mejorar la salud ocular.

- Se debe poder ajustar la luminosidad, el contraste y el fondo de la pantalla.
- Se debe poder orientar e inclinar la pantalla para poder adaptarla al punto de confort del usuario.
- La pantalla de visualización de datos debe medir al menos 35 cm en diagonal.
- La pantalla se debe colocar frente al trabajador y como mínimo a 40 cm de sus ojos.
- Se deben elegir pantallas antirreflejo o colocar filtros antirreflejo apropiados para evitarlos.
- Se debe colocar la pantalla en el puesto de trabajo de forma que se eviten los focos de luz que incidan directamente sobre ella.
- Usar lágrimas artificiales para evitar la sequedad ocular.
- En el caso de utilizar gafas es conveniente utilizar lentes diseñadas específicamente para el trabajo con pantallas.

Seguir estas pautas contribuye a proteger la salud ocular y minimizar las molestias producidas por la excesiva exposición a las pantallas de visualización de datos.

Es por todo esto, que desde las instituciones deberían modernizar todos los equipos informáticos para mejorar la calidad de vida y de trabajo de este personal que acusa directamente esta afección por pasarse tantas horas delante de estas pantallas que a su vez facilitan su trabajo, pero empeoran su salud. La prevención y la información sobre las consecuencias de exponerse de forma continuada a las pantallas, son sin duda su arma para evitar que su trabajo les haga mella en la vista y por ende desencadene en otros problemas psicológicos y físicos.

Resulta primordial reseñar, que la presbicia constituye una causa más de fatiga visual, no considerándose como otro tipo de fatiga. Es importante señalar esta aclaración, debido a la denominación popular de la presbicia como vista cansada, lo que puede llevar a equívoco: la fatiga visual la causa un sobreesfuerzo en el sistema visual, estando éste en perfectas condiciones, y la presbicia o vista cansada es una condición fisiológica que hace que el sistema acomodativo no pueda funcionar de forma correcta. La fatiga visual es, por tanto, un problema funcional no ligado a la edad, mientras que la presbicia o vista cansada es un problema fisiológico relacionado con ella.

5 Discusión-Conclusión

La fatiga visual es una de las principales consecuencias del trabajo con pantallas de visualización de datos, como son los ordenadores, por lo que es uno de los

riesgos que más afectan a los Auxiliares Administrativos del entorno sanitario. A pesar de no ser una patología grave, es muy molesta, ya que los síntomas que produce no permitirán desarrollar el trabajo con comodidad. Para minimizar estos síntomas se pueden llevar a cabo una serie de medidas dirigidas principalmente a descansar la vista lo que mejorará la salud visual del trabajador. Hay que tener en cuenta que lo que es dañino para la salud ocular no son los dispositivos electrónicos, sino la forma de uso que se les da, sobre todo el no realizar pausas, o que estas no sean las necesarias.

Algunos síntomas de la fatiga visual pueden reducirse con productos naturales, como el extracto de arándano y los ácidos grasos omega 3 del aceite del pescado. Es aconsejable realizar una consulta o revisión oftalmológica una vez al año, sin olvidar consultar al médico si las medidas de cuidado personal no alivian la fatiga visual..

Evitar la sobrecarga de trabajo del personal administrativo y que el mismo se tome en serio los descansos necesarios evitarían gran parte de esa fatiga visual y cansancio mental. Son horas y horas y muchos años delante de las pantallas de ordenadores, por tanto intentar que ese personal no sufra innecesariamente debe ser importante para el sistema sanitario y para los propios trabajadores y trabajadoras. Se debe evitar y/o frenar esa afección que castiga la vista en este personal.

Los auxiliares administrativos que están en las distintas y diferentes

Administraciones Públicas, como la sanitaria, deberán adoptar las medidas preventivas necesarias para el adecuado desempeño de las labores en los puestos de trabajo, de cara a eliminar y/o disminuir aquellos riesgos que pudieran existir en el ámbito de la seguridad y salud laboral.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google,: astenopia, auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, fatiga visual, molestias oculares.
2. INSHT. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de pantallas con visualización.
3. Revistamedica.com. [citado el 12 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/fatiga-visual-auxiliar-administrativo/>
4. <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-hergonomia/pantallas-visualizacion-de-datos-pvd/>

Capítulo 292

EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA Y SUS CELADORES

JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL

MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO

LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO

MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE

JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO

1 Introducción

Hemodinámica es uno de los servicios más esenciales que un centro hospitalario tiene que tener, ya que es un área bastante importante, se podría decir que es un área o servicio semilimitada.

Hemodinámica es una de las partes de la biofísica, es la que se encarga de analizar la dinámica de la sangre en el interior del torrente sanguíneo como por ejemplo: las arterias, venas, vénulas... además también estudia los distintos capilares, y a parte se encarga también del análisis y estudio del corazón, es decir estudia la forma en la que el corazón bombea la sangre, el funcionamiento de este...

Este servicio tiene una puerta que se encuentra totalmente cerrada, excepto para el personal autorizado, es decir esta para los trabajadores sanitarios.

Este servicio contiene una sala intermedia, en esta sala se encuentran los pacientes, aquí se realiza la espera hasta que son transportados hasta el quirófanillo, este área del servicio podemos encontrarnos también el vestuario del personal

sanitario y a la vez se encuentra las bifurcaciones para las distintas salas de operaciones, como las salas de hemodinámica y las salas de arritmias.

En la sala de hemodinámica se realiza la colocación de los cateterismos.

Los cateterismos cardiacos son una técnica en el cual se introduce un tubo con las siguientes características es decir, estrecho y muy flexible, este tubo se introduce por un vaso sanguíneo, lo recorre y al final llega al corazón, esto nos sirve para tener una valoración o poder examinar determinadas afecciones cardiacas como las obstrucciones que puedan tener las arterias o los latidos anormales que pueda producir el corazón del enfermo.

Dada la alta tecnología que tenemos en el siglo 21, estos tubos finos y flexibles, se insertar en nuestro cuerpo mediante las arterias que encontramos en ambas muñecas, si por aquí no se pudiera introducir el cateterismo, se optaría por introducirlo a través las ingles por sus arterias.

Los médicos valorarán las dos opciones, e introducirán el cateterismo por la opción que más le convenga al enfermo.

Siempre mirarán por el bien estar del enfermo, ya que aunque parece fácil la operación, el enfermo se puede desaturará fácilmente.

Gracias al avance de la tecnología, hoy por hoy y gracias al cateterismo cardiaco podemos conocer con más exactitud las condiciones en las que se encuentran nuestro cuerpo por dentro, es decir, podemos saber cómo se encuentran nuestros vasos sanguíneos y como está funcionando nuestro motor que es el corazón.

2 Objetivos

El principal objetivo que queremos conseguir, es hacer llegar las diferentes labores que un celador de el servicio de hemodinámica realiza diariamente y poder mostrarlo, para aquellos celadores que vayan a empezar en este servicio.

3 Metodología

Para la realización de este capitulo hemos contado con la ayuda de: Medline, Auxiliar-Enfermería. además hemos podido contrastar la información con los siguientes centros hospitalarios: Hopsital universitario de La Paz, Hospital universitario general de Ciudad Real.

Las palabras claves son las siguientes: Celador, Hemodinámica, Paciente.

4 Resultados

El servicio de hemodinámica está dividida principalmente en dos áreas, son las dos áreas más importantes del servicio.

La primera área es la sala intermedia, esta sala la forman, alguna cama de hospitalización vacía, algunos sillones y algún hueco vacío, las camas de hospitalización vacías, son en caso de que el paciente ambulatorio, por el resultado de la prueba se quede hospitalizado, entonces se le da una cama vacía, los sillones son para los pacientes ambulatorio, que no se prevé que se queden hospitalizados, entonces para que la espera se haga más amena se quedan esperando en estos sillones y por último los huecos que quedan vacíos, ahí se colocan a los pacientes que vienen de hospitalización con su cama personal, o en caso de que venga de la ambulancia, se queda en enfermo en la camilla en estos huecos.

Entonces llegamos a la conclusión, que por la sala intermedia pasan todos y cada uno de los pacientes, ya se encuentren hospitalizados o sean pacientes ambulatorios.

Esta zona es un muy importante que se encuentre en todo momento limpia, ya que con la limpieza evitamos las posibles infecciones que se puedan pegar de unos enfermos a otros.

En la segunda parte de este servicio, nos encontramos un pasillo y dentro de este pasillo las diferentes salas de hemodinámica, suelen ser de 2 a 4 salas, estas habitaciones tienen que estar muy bien aisladas de los demás pasillos que forman este servicio, a su vez entre ellas también se encuentran separadas, se pueden describir estas salas como quirófanos, pero en estas salas no se realizan intervenciones de alta complejidad, ya que aquí se realizan estudios sanguíneos, los estudios sobre el corazón, la realización de cateterismos y la colocación de marcapasos o su renovación, si hablamos de que se localiza un problema de salud en el corazón más complejo, este caso pasaría directamente a los quirófanos de cardiología.

El uniforme tiene que ser igual a los uniformes que utilicen en los quirófanos generales, normalmente suelen ser de color verde aceituna, pero el color depende mucho del centro hospitalario del grupo que trabaje en este.

Ahora vamos a hablar de las funciones que el celador debe de realizar en este servicio, también dependen del protocolo que sigan en el centro hospitalario, pero por norma general se suele seguir las siguientes:

Trasladarán a los enfermos que se localicen hospitalizados hasta el servicio de hemodinámica, estos enfermos tienen que bajar y la planta ya rasurada por la zona de la ingle y de la muñeca, los celadores deberán ir siempre acompañados con la historia clínica del paciente.

Moverá y colocará a los enfermos en la sala intermedia, para que las enfermeras le echen un vistazo a la medicación de los pacientes y cuando las enfermeras le digan, el celador podrá continuar con el paciente hasta la sala de operaciones. Participará de manera activa en la debida colocación de la camilla en las salas con el enfermo, siempre siguiendo las órdenes de las enfermeras. Cooperarán en los vendajes de compresión de los pacientes que lo necesiten. Los celadores tienen que estar siempre localizados para las posibles complicaciones que puedan surgir o simplemente para las necesidades que les puedan surgir a las enfermeras. Colocarán debidamente a los pacientes ambulatorios con la ayuda de la técnica en cuidados auxiliares de enfermería, los acomodarán en los sillones o en las camas, dependiendo del procedimiento y de si ingresan o no estos enfermos. Transportarán de nuevo a los pacientes con la operación ya realizada a su debido sitio de hospitalización y de nuevo, volverán con el historial clínico del paciente, pero esta vez actualizado con los resultados de las pruebas realizadas en el servicio de hemodinámica. Efectuarán el traslado de las peticiones, las pruebas, los aparatajes... a los diferentes servicios que las enfermeras les digan. Dejarán de nuevo el aparataje en la sala que sea correspondiente o donde se necesitara, una vez ya concluida la operación se devolverá el aparataje de nuevo a su sitio y siempre comprobando que se quede enchufado a la corriente. Se harán responsables de bajar el material que se haya utilizado al servicio de esterilización, y de subir el material ya esterilizado a su servicio.

5 Discusión-Conclusión

Hemos llegado a la conclusión de que el servicio de hemodinámica, es un servicio medio complejo para los distintos organismos sanitarios, ya que aquí se realizan operaciones que van destinadas a mejorar la calidad del riego sanguíneo. Por ello sirve también para localizar el problema principal, que pueden sufrir nuestras arterias, venas, vénulas, las arteriolas, los capilares o incluso del corazón de los pacientes que se localizan ingresados o ya sean ambulatorios. Es un servicio con una serie de cualidades únicas que lo hacen distinto al resto de servicios de los complejos sanitarios, ya que lleva consigo una serie de normas más estrictas y unos protocolos que hay que cumplir seriamente para poder realizar una intervención segura para el paciente, ya que este permanece de manera consciente.

El celador de este servicio tiene que estar dispuesto a colaborar de manera activa con el equipo que forma este servicio tan característico, ya que estar en un buen ambiente laboral cooperará a que los enfermos puedan sentirse más seguros y calmados, porque al ver un buen equipo, sabrán que se encuentran en buenas manos.

6 Bibliografía

Antonio. (2015, diciembre 5). ¿En qué consiste un quirófano? Todo lo que necesitas saber aquí. Operarme.es. <https://www.operarme.es/noticia/387/en-que-consiste-un-quirofano-todo-lo-que-necesitas-saber-aqui/>

¿Qué es un celador y qué hace? (2018, septiembre 21). Ifp.es. <https://www.ifp.es/blog/que-es-un-celador-y-que-hace>

Unidad Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. (s/f). Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Recuperado el 27 de mayo de 2022, de <https://www.fjd.es/es/cartera-servicios/cardiologia/unidad-hemodinamica-cardiologia-intervencionista>

Capítulo 293

EL PINCHE DE COCINA Y LOS ASPECTOS DIETÉTICOS EN DISTINTAS ETAPAS DEL DESARROLLO

JORGE ROMERO MATEO

VANESA GARRIDO HERRERA

MARÍA NIEVES VALLE

MARTA GARRIDO HERRERA

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

1 Introducción

La alimentación en el ámbito hospitalario es de suma importancia para el control de la comorbilidad, la rehabilitación de la salud de los pacientes hospitalizados y la disminución de la permanencia en el centro hospitalario.

Cada hospital debe contar con un Servicio de Nutrición, responsable y garante de la seguridad nutricional e higiénica de los alimentos que se proporcionan a los pacientes, que junto a la sección operativa de la cocina, ahí entra la labor importantísima del Pinche de Cocina, completan la labor terapéutica de la llamada Alimentación hospitalaria.

La alimentación en este ámbito debe mantener un equilibrio y ser saludable, teniendo que cubrir todos los requerimientos nutricionales principalmente con alimentos saludables y no con alimentos que puedan comprometer o perjudicar su salud.

Existen diversos estados que se pueden observar en las personas ingresadas en el ámbito hospitalario, a modo de ejemplo se pueden mencionar a mujeres embarazadas, niños lactantes, niños de corta edad, adolescentes y personas de la tercera edad. Todos con unas condiciones alimenticias especiales por sus propias características ya que se encuentran en diversas fases del desarrollo.

Existen diferencias en las necesidades alimenticias para los grupos mencionados, y según la condición en la que se encuentre cada persona se necesitará incidir en un tipo u otro de alimento principalmente para salvaguardar su salud.

2 Objetivos

- Conocer la alimentación con respecto a las distintas etapas del desarrollo.
- Incorporar diferentes nutrientes dependiendo del paciente y su edad.
- Identificar la importancia del pinche de cocina.

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

Las competencias generales a desarrollar por los Pinches de Cocina en el ámbito hospitalario a la hora de preparar alimentos para personas en distintas etapas del desarrollo son: preelaborar, preparar, presentar y conservar toda clase de productos para elaborar la alimentación más apropiada para cada tipo de grupo de personas y definir su administración, aplicando con autonomía bajo la supervisión del Jefe de Cocina siempre consiguiendo la calidad y objetivos nutricionales establecidos en el medio hospitalario y dependiendo del paciente a quienes van dirigidas.

Para que la alimentación sea equilibrada y saludable el Pinche de Cocina debe conocer los distintos aportes nutritivos y calóricos dependiendo del paciente y sus necesidades.

No es lo mismo, un paciente adulto que un niño o un adolescente.

Según la OMS, realizar una dieta sana y balanceada durante nuestra vida nos ayuda a prevenir la malnutrición, enfermedades no transmisibles (diabetes, cardiopatías, accidentes cardiovasculares y cáncer) y diferentes afecciones.

Una alimentación equilibrada aporta la proporción adecuada de macronutrientes y micronutrientes y fibra, en función de nuestras características personales: edad, sexo, altura, actividad física, estilo de vida y otras condiciones como puede ser, por ejemplo, padecer una patología, de ahí la necesidad de colaboración del Pinche de Cocina en esta importante tarea.

Las recomendaciones de la OMS referente a las calorías recomendadas se mencionan a continuación:

Para bebés 1000 cal/día, Para madres gestantes se desarrollan por trimestres, en el primero 1800, 2200 en el segundo, 2400 cal/día para el tercer trimestre. Para personas de la tercera edad 2300 y 1900 para este sector en hombres y mujeres respectivamente.

Los factores comunes de todas las dietas a los distintos grupos son los siguientes: Que sea adaptada a cada persona. Completa, aportando las cantidades adecuadas. Satisfactoria, con raciones apropiadas en cantidad y calidad. Variada que no sea monótona. Segura, que no ponga la salud del hospitalizado en riesgo. Y que aporten la suficiente energía para el correcto funcionamiento de su organismo.

5 Discusión-Conclusión

El Pinche de Cocina en su labor de asistencia en la alimentación de personas en sus distintas etapas del desarrollo es fundamental que se encuentre adaptado en el medio de sus competencias y a la vez totalmente formado en las diversas situaciones alimentarias que se puedan encontrar.

Su rol es muy importante en la cocina, ya que ayuda al cocinero a preparar los diversos platos para estos pacientes y el resto de residentes.

La alimentación que provee el Pinche de Cocina está evaluada y permitida por los nutricionistas y el Jefe de Cocina, que junto a su preparación proveerán a los pacientes ingresados de los alimentos más nutritivos y saludables para las personas en cada estado del desarrollo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 294

EL CELADOR. LAS SUJECIONES MECÁNICAS Y SUS ALTERNATIVAS

LAURA CASERO HERNÁNDEZ

GELDA VILLAMOR AGUADO

ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ

JAIME ORTIZ MARTIN

GONZALO RUBIO ARAQUE

1 Introducción

Antiguamente, las sujeciones mecánicas se utilizaban en gran parte para los pacientes psiquiátricos que pudieran ser un peligro para su entorno, incluso para ellos mismos.

Ahora, se utilizan como una medida terapéutica, que son destinadas, para cierto tipo de pacientes como personas mayores con deterioros cognitivos, y con facilidad a caerse, etc.

La Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) con su programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” ha sido la primera entidad en España en proponer ciertas alternativas contra dichas sujeciones. Y gracias a ello, existen más centros que evitan la utilización de estas “ayudas terapéuticas” y es más concienciado el uso de otras formas de contención que no hundan la dignidad del paciente.

Actualmente, la utilización de las sujeciones mecánicas se encuentra con múltiples desacuerdos, y con miles de teorías que las desaconsejan por completo, pero, a su vez, en ciertas ocasiones, y con el fin de que los tratamientos puedan ser administrados, o corra peligro el paciente por poder lesionarse o lesionar a otros pacientes o equipo sanitario, están aconsejadas.

El desacuerdo ante estas técnicas de sujeción, proviene de las repercusiones morales, jurídicas, éticas y sociales.

“La sujeción física es la limitación de la libertad de movimiento de una persona con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede librarse con facilidad”.

Cabe comentar, que este tipo de sujeciones mecánicas deben aplicarse como última opción, pero en ocasiones, deben recurrirse a ellas, cuando al paciente, se le administra unos tratamientos o técnicas invasivas y este, no puede entender su necesidad.

Podemos poner como ejemplo, con respecto al último párrafo: los dispositivos médicos como los tubos endotraqueales, sondas nasogástricas, catéteres venosos, sondas urinarias, tubos de drenaje, etc.

O ante situaciones de autolesión o intentos de lesión a otros pacientes, familiares, acompañantes, objetos, personal sanitario, etc.

También puede ser necesaria para limitar los movimientos del paciente cuando éstos estén contraindicados, como podrían ser fracturas, o lesiones que si existe una movilización podría ser muy perjudicial.

Quien determina la aplicación de este tipo de sujeciones es el equipo de facultativos y de enfermería, pero el encargado de colocarlas y retirarlas son los profesionales llamados celadores.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento de la colocación de las sujeciones mecánicas.

Identificar las diferentes alternativas a este tipo de determinaciones.

Comprender la importancia del celador.

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

Antes de comenzar con la buena colocación de las sujeciones, hablaremos de las alternativas a estas, ya que, como hemos comentado, las sujeciones mecánicas, deben ser la última opción para el paciente.

1 ALTERNATIVAS:

- Contención verbal o psicológica: Se trata de una medida terapéutica útil, en aquellos pacientes que no se encuentren demasiado agitados y puedan razonar. Se intentará conseguir una alianza con el paciente que permita realizar una exploración adecuada, negociar situaciones terapéuticas (administración voluntaria de tratamiento), disminución de la agresividad y prevención de la violencia manteniendo la autoestima del paciente. En este caso, la actitud no verbal es de vital importancia, no debemos expresarnos mediante signos amenazantes, utilizaremos posturas relajadas que no inciten a la agresividad, el tono de voz debe ser suave, y nunca utilizar chantajes o amenazas.
- Control ambiental: El ambiente debe ser tranquilo, si fuera posible, dejar estar presente a familiares o conocidos que puedan suavizar la situación de agitación.
- Medidas conductuales: Se trata de evadir la situación que altera al paciente, mediante paseos, realizar ejercicio físico, etc. Se trata de encontrar en ciertas acciones el desahogo del paciente, así, se encontrará más receptivo a la hora de realizar las técnicas que puedan agobiarle o hacerle sentir incómodo.

2. SUJECIONES MECÁNICAS

A continuación, hablaremos del correcto uso de las sujeciones, pero debemos recalcar, nuevamente, que solo se recurrirá a este método cuando todos los anteriores hayan fracasado:

- Debemos explicar previamente al paciente lo que se le va a hacer, y el por qué. El tono de voz y nuestro lenguaje no verbal será conciliador, nunca debemos realizar esta técnica a la fuerza.
- Previamente, seleccionaremos las sujeciones que son precisas para ese caso en concreto: cinturón abdominal, muñequeras, tobilleras, etc.
- Aplicaremos la sujeción mecánica manteniendo la alineación corporal, asegurándonos que el paciente se encuentre cómodo, y que no le resulte doloroso.
- Si movilizamos la zona del tronco, debemos apretar lo suficiente, nunca debemos impedir la respiración comprometiéndola.

- Las sujeciones suelen realizarse en cama, y estas deben ir sujetas al somier de esta, nunca al colchón.
- Debemos, con antelación, dejar provistas todas las complicaciones que puedan surgir.
- Valoraremos cada 30 minutos por el día y cada 2 horas por la noche si pudiéramos desprender al paciente de ellas, si lo encontramos tranquilo y hemos conseguido negociar, etc.
- De dos a cuatro horas, debemos despojar al paciente de estas técnicas, para que pueda realizar los movimientos necesarios como por ejemplo, rotación en muñecas, y así evitar una atrofia. Y también, vigilaremos que la piel se encuentra en perfectas condiciones, y si no, deberemos tratarla con aceites y cremas.
- Si notamos señales de cianosis o palidez, así como hormigueo, en las zonas que se encuentra colocada la sujeción deberemos despojar al enfermo de ellas. Y rápidamente recurrir a las movilizaciones.
- Siempre deberemos realizar estas técnicas teniendo presente la dignidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido mostrar en los apartados anteriores, el celador, es el encargado de colocar las sujeciones mecánicas en pacientes que por diversos motivos, no han podido soportar algunos tratamientos, se encuentran desorientados, o incluso atentan contra su salud y los de su alrededor.

Pero no solo es necesario con una buena colocación, sino, que se debe seguir una serie de protocolos estrictos que preserven la dignidad del paciente.

Por eso la figura del celador es crucial ante estas técnicas, ya que no solo es suficiente con saber ponerlas, sino también, el trabajo humano que realizan ante ciertas situaciones comprometedoras para el paciente.

Pero también, hay que poner sobre la mesa, la importancia de que las sujeciones se encuentren bien colocadas ya que así se podrían evitar diversos problemas que podrían llegar a poner en peligro la vida del paciente.

Y por supuesto, una sujeción mecánica bien colocada, no debe nunca, hacer sufrir cualquier tipo de daño al enfermo que las precisa.

Por ultimo, el celador, debe conocer las alternativas que presentamos, y nunca debe tomar como primera opción las muñequeras, tobilleras o sujeciones abdominales.

El protocolo a seguir, es claro, y el celador, es un engranaje clave en la colocación y todo el proceso que lleva este tipo de acciones.

6 Bibliografía

SEGURIDAD DEL PACIENTE: SUJECIÓN MECÁNICA (1library.co)

Manejo de las sujeciones mecánicas. Artículo monográfico. (revistasanitariadeinvestigacion.com)

Capítulo 295

EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DEL PACIENTE

JUAN ANTONIO LORENZO VEGA

1 Introducción

Los pacientes pueden clasificarse según el nivel de dependencia para realizar actividades y labores de la vida cotidiana (como comer, ducharse, vestirse, caminar, trabajar, etc.) en: autónomos (no necesitan nada de ayuda), colaboradores (necesitan algo de ayuda) y no colaboradores (precisan de una asistencia total).

Cuando el paciente necesita movilizarse o trasladarse, suele requerir más ayuda así como a la hora de realizar un cambio de postura.

Es necesario que el profesional "celador" conozca perfectamente cómo puede mover a determinado paciente en función de su grado de dependencia.

Antes de la movilización de un paciente hay que tener en cuenta una serie de cuestiones:

- Debemos asegurar que la movilización no esté contraindicada para ese paciente.
- Se debe realizar higiene de manos y colocar unos guantes (desechables).
- Se informará al paciente de lo que se le va a realizar y se le pide, si es posible, su colaboración.
- El profesional debe frenar la cama, camilla o silla donde se encuentra el paciente.
- Se debe de proteger todo accesorio del paciente (sondas, drenajes...) y prevenir el recorrido a efectuar, eliminando todos los posibles obstáculos.
- Se evitarán realizar todos aquellos movimientos bruscos.
- Se mantendrán las medidas de seguridad posibles (barandillas, frenos, protectores anticaídas, etc.).

- El celador debe ponerse al lado del enfermo para que el movimiento de sea de tracción hacia nosotros, cumpliendo con las medidas de higiene postural.
- Si el movimiento lo lleva a cabo más de una persona, solo una será la encargada de dirigirlo y coordinarlo.
- Comprobar que el estado del paciente permite realizar la maniobra.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas relacionadas con el transporte o traslado de pacientes dentro de la institución, evitando riesgos y lesiones tanto para el paciente como para nosotros mismos.

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

Para realizar un traslado de un paciente a otra unidad del hospital o para la realización de pruebas, este se realizará en una cama, camilla o silla de ruedas.

Suele realizarlo el celador, aunque a veces pueda hacerlo el personal de enfermería.

Si se traslada al paciente a otra unidad o se le lleva a hacer pruebas, es conveniente tener en cuenta una serie de recomendaciones generales a realizar previamente:

- Se debe comprobar la identidad del paciente y el lugar final de traslado.
- Se debe comprobar los sistemas de seguridad del paciente (barandillas, sujeciones, arnés, etc.).
- Abrigar al paciente para el traslado, ya que podremos encontrar corrientes de aire.
- Comprobar los dispositivos eléctricos para que tengan suficiente batería para realizar todo el trayecto, así como que la bombona de oxígeno esté llena o que

haya suficiente suero.

- Si se va a realizar una prueba diagnóstica, hay que comprobar si se ha realizado la preparación previa del paciente para la misma.
- Verificar que el estado clínico del paciente es el idóneo para su traslado.
- Comprobar que el paciente lleva consigo los documentos y/o pertenencias que precisa.
- No debemos dejar nunca solo al paciente fuera de su habitación sin que alguien se haga cargo de él, vigilándolo en todo momento.

Transporte en silla de ruedas:

Es la forma más habitual de trasladar a un paciente.

Debe seguirse el siguiente protocolo de actuación:

1. La silla la empujamos desde atrás, en dirección a la marcha y sujetándola con firmeza por sus asas.
2. Los brazos del paciente deben estar colocados sobre regazo, por dentro de las barandillas o braceros de la silla.
3. Debemos de tener mayor precaución en las rampas, siguiendo siempre la misma dirección.
4. Al bajar una rampa, debemos bajar al paciente de espaldas, con nosotros por delante.
5. Poner especial atención para no chocar con ningún obstáculo.
6. Al llegar a un ascensor, el celador debe de primero, introduciendo la silla de espaldas. Si el giro en el ascensor lo permite, saldremos también en primer lugar y de espaldas.

Transporte en cama o camilla:

Se realiza cuando no se puede levantar al paciente o cuando se le traslada para realizar determinadas pruebas. También tiene un protocolo:

1. El cabecero de la cama va por delante y el celador se sitúa a los pies, desde donde empuja la cama.
2. Para hacer un giro, el cabecero debe quedarse fijo, se mueve el pie de la cama hacia la nueva dirección, alineándose con ella. Una vez se ha hecho, se reanuda la marcha.
3. Igualmente, debemos de tener cuidado en no chocar con obstáculos.
4. Visualizar que el camino se encuentra despejado.
5. Al subir al ascensor, pasa primero el celador, tirando del cabecero de la cama. Una vez dentro, el celador vuelve a los pies, para salir primero y tirar nuevamente de ellos hasta recolocar la cama en la nueva dirección.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a una revisión exhaustiva de la literatura científica existente en formato digital, con fuentes de información reconocidas, hemos podido determinar y conocer como personal no sanitario celador que ayuda y colabora en las instituciones sanitarias a la movilización y traslado o transporte de pacientes para diferentes finalidades, como debe realizarse este procedimiento de forma adecuada, garantizando la seguridad e integridad del individuo así como también la nuestra como trabajadores que movilizan una "carga", evitando así posibles caídas.

Es importante conocer el grado de movilidad del individuo, si se trata de una persona dependiente o, por el contrario, es autónoma y puede moverse sin precisar de nuestra ayuda.

6 Bibliografía

1- <https://congresosicepa.com>

› celador...

El celador y el traslado de pacientes en el hospital - II Congreso Virtual SICEPA

2- <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>

› ...PDF

TRASLADO Y MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS - elblogdelcelador

3- <http://www.auxiliar-enfermeria.com>

› ...

Traslados en Silla de Ruedas, Cama ó Camilla - Esquemas OposSanidad

4- <https://educacursos.com>

› products

Celador, traslado y movilidad del paciente - EducaCursos

5- <https://www.cgtsanidadlpa.org>

› ...PDF

TEMA 3 EL CELADOR EN RELACION CON LOS ENFERMOS - CGT Sanidad

Capítulo 296

LOS RESIDUOS SANITARIOS Y LA CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE CONTENEDORES

JESÚS JAVIER CASTRO MENÉNDEZ

PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ

1 Introducción

Los residuos sanitarios u hospitalarios se generan durante las actividades de saneamiento, especialmente en los hospitales. Gran parte de ellos pueden estar contaminados por sustancias biológicas o líquidos por haber sido utilizados en tratamientos clínicos, lo que constituye un grave problema de salud y afecta la calidad de vida humana y el medio ambiente. Los profesionales con mayor riesgo en la gestión de residuos infecciosos hospitalarios son las enfermeras, los técnicos de enfermería y el personal de limpieza.

En el proceso de desarrollo de sus competencias, la comunidad autónoma ha desarrollado una normativa específica sobre la gestión de residuos sanitarios. Esto significa que la nomenclatura y clasificación de los desechos médicos no es la misma en todo el país.

Se entiende por residuo toda sustancia en estado sólido, líquido o gaseoso, aislada o mezclada con otras sustancias, producida en el proceso de extracción, transformación, fabricación o consumo en la naturaleza, que su propietario desee desechar; El Principado de Asturias se basa en la Ley 22/2011, de 28 de julio, de gestión de residuos y suelos contaminados, más concretamente, existe una

guía informativa sobre la correcta gestión de los residuos sanitarios, que debemos seguir para depurar todos estos residuos correctamente en cada recipiente correspondiente.

2 Objetivos

Determinar e identificar las operaciones oportunas para dar a los residuos el tratamiento más adecuado, teniendo en cuenta sus características con el fin de proteger la salud de las personas y conservar el medio ambiente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas de gestión de residuos. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: salud, calidad hospitalaria, gestión, residuos hospitalarios, clasificación, prevención, etc..

4 Resultados

La manera de gestionar los residuos sanitarios engloba las operaciones de clasificación, minimización, manipulación, segregación, envasado, etiquetado, transporte y almacenamiento.

A continuación se detallan la clasificación de residuos:

RESIDUOS NO PELIGROSOS

GRUPO I: residuos generales asimilables a domésticos, se depositarán en bolsa negra, excepto para el papel y cartón que será en bolsa azul y el plástico en bolsa amarilla.

GRUPO II: Residuos sanitarios asimilables al hogar: generados como consecuencia de las actividades de saneamiento. Esto incluye materiales utilizados para apósitos, yesos/férulas, materiales desechables y ropa contaminada con sangre, secreciones/heces, medicamentos de desecho (excepto citostáticos y medicamentos citotóxicos) incluidos jarabes, gotas para los ojos, líquidos para gotas para los oídos, etc., sus fechas de apertura, otros medicamentos no se dan a los pacientes...

RESIDUOS PELIGROSOS

GRUPO III: residuos peligrosos sanitarios. Son el resultado de actividades sanitarias que presentan algún riesgo potencial para los trabajadores expuestos o el

medio ambiente, y requieren medidas de gestión específicas.

GRUPO III A: residuos biológicos. Se depositarán en CONTENEDORES RÍGIDOS AMARILLOS las vacunas vivas y atenuadas, residuos de pacientes con enfermedades infecciosas, fluidos corporales, sangre y hemoderivados de pacientes infecciosos, restos anatómicos, material punzante o cortante.

GRUPO III B: residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos. Se depositarán en CONTENEDORES RÍGIDOS ROJOS los restos de medicamentos anticancerosos.

GRUPO III C: residuos químicos, se depositarán en BIDONES AZULES como los disolventes halogenados, ácidos, mercurio...

GRUPO IV: residuos peligrosos no sanitarios, como pilas y baterías, electrodomésticos, equipos informáticos, aparatos y equipos médicos, envases con restos de productos tóxicos y peligrosos...

RESIDUOS RADIATIVOS

GRUPO V: residuos radiactivos. Su eliminación es competencia de la empresa ENRESA.

Los residuos que corresponden a los grupos I y II su eliminación son equiparable a los residuos domésticos.

Los residuos de los grupos III y IV se cederán a un gestor autorizado.

TIPO I

Residuos asimilables a residuos urbanos, son sólidos y que no suponen ningún riesgo para la salud, como por ejemplo papel, cartón, basura de cocina... recogándose en bolsas homologadas de volumen de terminado y de color gris o negro.

TIPO II

Residuos generados de la actividad sanitaria como son material textil mezclado con fluidos corporales, ropa no infecciosa, material de curas, sondas, catéteres... recogándose en bolsas de color y capacidad homologadas distintas a las del grupo I en este caso serán verdes o marrones.

TIPO III

Residuos patológicos e infecciosos o de riesgo como son residuos de cultivos microbiológicos, muestras de pacientes infecciosos, sangre y hemoderivados en forma líquida, vacunas de virus atenuados... Aquí se recogerán en contenedores rígidos para su posterior incineración, suelen ser de color amarillo.

TIPO IV

Residuos no infecciosos pero que representan un peligro para la salud o el medio ambiente como son los residuos químicos que se recogen en envases termoplás-

ticos y se identificará como residuo químico peligroso, citostáticos se recogen en contenedores de un solo uso de polietileno identificándolo como material contaminado químicamente, radioactivos se recogen en contenedores que suministra la empresa de residuos radioactivos.

5 Discusión-Conclusión

El manejo ineficiente traerá consecuencias graves para la salud humana y la degradación ambiental, ya que se deben desarrollar políticas responsables en los estándares de bioseguridad para manejar los desechos y clasificarlos adecuadamente. Se deben desarrollar regulaciones para eliminar la carga significativa de enfermedades relacionadas con la mala práctica, incluida la exposición a patógenos infecciosos y sustancias tóxicas.

Para mejorar la gestión de los residuos médicos a mediano y largo plazo, se debe implementar un sistema integral y universal. Métodos de gestión ambiental seguros y sólidos diseñados para proteger a las personas de los peligros durante la recolección, manipulación, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación de desechos. Se debe fomentar la minimización, la reutilización, el reciclaje y la valorización para generar la menor cantidad de residuos y estas son las claves para facilitar su posterior eliminación.

También es un problema cultural y económico y de educación ambiental. Todavía estamos en la fase en la que creemos que es suficiente con tirarlo todo al contenedor

Es importante distinguir entre los diferentes tipos de residuos generados por los establecimientos de salud y comprometerse a reducir la cantidad de residuos generados, que pueden impactar negativamente en el medio ambiente y la salud debido a su naturaleza peligrosa. Para ello, el personal del área de higiene debe estar bien capacitado, ya que son los responsables de la gestión y producción de residuos.

6 Bibliografía

1. Manual Básico de Gestión de Residuos Sanitarios del SESPA – Principado de Asturias-marzo 2012.
2. Guía Básica de Gestión de Residuos en Centros Sanitarios. Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura. 2003
3. Manual Básico de Gestión de Residuos Sanitarios del SESPA – Principado de Asturias-marzo 2012.

4. Guía Básica de Gestión de Residuos en Centros Sanitarios. Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura. 2003.

Capítulo 297

AGRESIONES AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

1 Introducción

Las agresiones procedentes de pacientes, familiares de enfermos o usuarios hacia los auxiliares administrativos de la salud van en aumento día tras día. Esto se debe en gran parte a que por regla general son los primeros en recibirlos al llegar a los distintos centros sanitarios. Ante una persona que agrede verbalmente hay que permitirle que libere su tensión emocional dejándole hablar y que exprese verbalmente sus sentimientos y las dudas que tenga.

La agresión más común son los ataques verbales, aunque a veces llegan a recibir amenazas no solo contra su persona, sino también hacia su entorno familiar.

Estos hechos crean vulnerabilidad y dan sensación de inquietud entre los diferentes profesionales de la salud tanto sanitarios como no sanitarios. Se puede confirmar que las agresiones en el lugar de trabajo son un factor de riesgo psicosocial que atañe a cientos de auxiliares administrativos en España.

La Organización Internacional del Trabajo dice que entorno 50% de los profesionales de la atención sanitaria han experimentado incidentes de este tipo. Atendiendo a la alta frecuencia de este tipo de incidencias, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo advierten del riesgo de considerar la violencia como una parte inevitable del trabajo.

2 Objetivos

Analizar las posibles causas que originan las agresiones al auxiliar administrativo y qué podemos hacer para evitarlas.

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, Medline y Scielo, con palabras claves como "agresiones a los auxiliares administrativos".

4 Resultados

El respeto y la tolerancia son valores para poder ejercer una profesión que requiere un trato personal y directo como es la de un auxiliar administrativo de sanidad, y estas actitudes deben prevalecer tanto en el auxiliar administrativo como en el usuario, paciente familiares o acompañantes que acudan a un centro de salud o un hospital.

Como posibles causas que dan lugar a las agresiones en los centros sanitarios a los auxiliares administrativos nos encontramos la tensión que surge por las largas colas de esperas, los diagnósticos no esperados por el paciente, el intento de obtener un determinado tratamiento o medicamento, el intento de que le concedan la baja laboral, el estar bajo los efectos de las drogas o alcohol al acudir a la consulta, los resentimientos ocasionados por algún diagnóstico equivocado con anterioridad.

El momento de mayor riesgo donde puede un auxiliar administrativo sufrir una agresión es cuando se concentran un importante número de pacientes y visitas. Las pautas a seguir con personas conflictivas son en primer lugar hay que averiguar quien es la persona potencialmente agresiva, lo cual en la gran mayoría de las ocasiones no resulta difícil si nos fijamos en su actitud o en su tono de voz. Por otro lado debemos fijarnos en el lenguaje corporal de las personas.

El auxiliar administrativo tiene que poder reconocer y admitir los errores y deficiencias tanto si son suyas como si son de la empresa. Tiene que intentar encontrar puntos de vistas comunes, haciendo hincapié en lo que el auxiliar administrativo está de acuerdo con la persona agresiva.

Para evitar las agresiones también se puede instalar un circuito cerrado de televisión, mamparas de seguridad en puntos de información, un pulsador anti pánico en la mesa del auxiliar administrativo.

Lo que está claro es que proporcionar una información correcta y dar un trato adecuado es lo que mejor funciona para evitar las agresiones. Y con respecto a adoptar medidas de vigilancia en los centros se suele conseguir que el personal laboral, se sienta más seguro .

5 Discusión-Conclusión

Las agresiones al auxiliar administrativo y a todas las persona que desempeñan sus funciones en su puesto de trabajo es algo que les preocupa a toda la Administración y ésta está intentando disminuir todas las causas que puedan originar las agresiones mediante formación al personal laboral para que sepa como hacer frene a estas situaciones, ellos están creando protocolos de actuaciones ante una posible agresión, o una vez la agresión se haya producido.

Por tanto el auxiliar administrativo tiene que proporcionar una información correcta y dar un trato adecuado es lo que mejor funciona para evitar las agresiones en situaciones difíciles.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

www.scielo.org

Capítulo 298

LA CONCILIACION DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL

ARTURO LONGORIA ALVAREZ

1 Introducción

La conciliación personal, familiar y laboral, se puede definir como la participación equilibrada entre mujeres y hombres en la vida familiar y en el mercado de trabajo, conseguida a través de la reestructuración y reorganización de los sistemas laboral educativo y de recursos sociales con el fin de introducir la igualdad de oportunidades en el empleo, variar los roles y estereotipos tradicionales, y cubrir las necesidades de atención y cuidados a personas dependientes, es decir, la conciliación se trata del equilibrio entre la vida familiar, personal y laboral que permite el desarrollo de cualquier persona en esos ámbitos. La incorporación de la mujer al trabajo ha motivado uno de los cambios sociales más profundos de este siglo.

Este hecho hace necesario configurar un sistema que contemple las nuevas relaciones sociales surgidas y un nuevo modo de cooperación y compromiso entre mujeres y hombres que permita un reparto equilibrado de responsabilidades en la vida profesional y en la privada.

La necesidad de conciliación del trabajo y la familia ha sido ya planteada a nivel internacional y comunitario como una condición vinculada de forma inequívoca a la nueva realidad social. Ello plantea una compleja y difícil problemática que debe abordarse, no solo con importantes reformas legislativas, sino con la necesidad de promover adicionalmente servicios de atención a las personas, en un marco más amplio de política de familia.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la conciliación de la vida familiar y laboral.

3 Metodología

Análisis de datos de una encuesta sobre la conciliación de la vida laboral, familiar y personal de las personas trabajadoras, realizada por Eustat anualmente, en la cual se recogen directamente los datos primarios por muestreo en la comunidad autónoma de Euskadi

4 Resultados

Segun la encuesta realizada por Eustat en Euskadi el 27% de las personas residentes en la poblacion afirma tener muchas dificultades para compaginar el trabajo con el cuidado de hijos menores y el 28,7% asegura tener ese mismo grado de dificultad a la hora de atender a las personas dependientes. Desde el punto de vista de genero cabe resaltar que el porcentaje de personas ocupadas que declara tener una alta dificultad para compaginar el trabajo con estos aspectos de la vida es ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres.

Sobra decir que si las personas entrevistadas han reconocido la existencia de dificultades para hacer compatible la vida familiar con la laboral, ello indica que tal compatibilizacion es algo que se desea, algo que como actores sociales, van a tratar de lograr, van a perseguir de modo, mas o menos consciente como objetivo.

Es por eso que la literatura especializada habitualmente habla de estrategias para referirse a las formas que tienen las personas de resolver los problemas que implican la conciliacion de la vida laboral y familiar: es decir, los actores sociales van a tratar de alcanzar unas metas referidas a la conciliacion y para ello van a efectuar unos calculos, tomar una serie de decisiones y ejecutarlas.

Pero es obvio que en su calculo estrategico, los actores se ven sometidos a un marco de restricciones. Tales restricciones son autenticas barreras a la conciliacion de la vida labboral y la vida familiar. De ellas se derivan las dificultades experimentadas y reconocidas por las personas entrevistadas.

Creemos que en ultimo termino, estas barreras poseen un caracter estructural: es decir, poseen un alcance socialmente muy generalizado, permanecen de forma constante a lo largo del tiempo y escapan con frecuencia a la consciencia de los sujetos implicados.

5 Discusión-Conclusión

La conciliación de la vida laboral y familiar se trata de un tema aun novedoso que no solo persigue que los trabajadores con familiares a cargo puedan compaginar ambas tareas sin lugar a discriminación en el centro de trabajo por sus circunstancias familiares si no que, además supone un avance importante para la sociedad, ya que busca dejar atrás los métodos tradicionales mediante los cuales las mujeres soportaban toda la carga de las responsabilidades familiares, buscando lograr un reparto equitativo de las tareas y mirando siempre hacia un plano igualitario entre el hombre y la mujer. Además la conciliación de la vida familiar y laboral está siendo un tema polémico y de actualidad debido a las propuestas de los políticos o a casos con gran influencia mediática 374/2015 que ha servido de impulso como ejemplo a los trabajadores para poder hacer uso de su derecho a compaginar su trabajo con sus responsabilidades familiares. Teniendo en cuenta que un horario flexible puede facilitar en gran medida que el trabajador pueda compaginar su empleo con su vida diaria.

6 Bibliografía

1. Wikipedia.
2. página de internet www.eustat.eus.
3. Universidad de la Laguna Facultad de Derecho.
4. Instituto de la Mujer de la conciliación a la corresponsabilidad: buenas prácticas y recomendaciones. Observatorio 10(2008)Madrid. p. 20.

Capítulo 299

IMPORTANCIA DE LA VACUNA CONTRA LA COVID 19

ARTURO LONGORIA ALVAREZ

1 Introducción

Desde la asociación española de vacunología se ha desarrollado un decálogo de argumentos sobre la importancia de vacunarse frente a la covid 19 , la única herramienta preventiva que a día de hoy , tenemos para hacer frente a la pandemia .

Las vacunas son una de las herramientas preventivas más importantes en la historia de la humanidad , ya que salvan vidas evitando enfermedades y sus complicaciones , La vacunación es la siguiente medida preventiva que debemos incorporar a la estrategia frente a la covid-19 junto con la higiene de manos , el uso extendido de mascarillas y el distanciamiento social .

Las vacunas frente a la covid-19 aprobadas por las agencias reguladoras cumplen las 2 características fundamentales que permiten su aplicación a la población : seguridad y eficacia . beneficios de vacunarse contra la covid-19 :

- 1- las vacunas disponibles contra la covid-19 son efectivas para evitar que las personas se enfermen gravemente , devan ser hospitalizadas o incluso mueran .
- 2- Al igual que con las vacunas para otras enfermedades obtendrá mayor eficacia si está al día con la cantidad de dosis recomendada incluso con refuerzo.
- 3- Las vacunas contra la covid-19 incluso ofrecen protección a las personas que tuvieron la enfermedad ,lo que incluye protección contra hospitalización por nuevas infecciones .

4- Las vacunas contra la covid-19 son seguras , mucho mas seguras que contraer la enfermedad .

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la vacuna contra la COVID 19

3 Metodología

El trabajo de investigacion se desarrollo mediante un tipo experimental que es el siguiente : Aquella que permite mayor seguridad al establecer relaciones de causa efecto , pues presenta una vision general y aproximada del objeto de estudio , ademas de contar con una investigacion cuyo diseño establece un metodo experimental habitual del conjunto de las normas cientificas .

4 Resultados

Los estudios realizados sobre la vacuna hasta el momento , ya que es todo muy reciente , se puede evitar que contraigas el covid-19 o que enfermes gravemente o mueras a causa de la enfermedad .

Evita que transmitas el virus a otras personas .

Aumenta la cantidad de personas de la comunidad que estan protegidas , por lo cual es mas dificil que se propague la enfermedad y contribuye a la inmunidad colectiva o tambien llamada de rebaño .

Los CDC monitorean de forma continua la efectividad de las vacunas para entender como las vacunas protegen a las personas en condiciones reales :

Protegen a grupos de diferentes edades, como niños adolescentes y adultos , incluidos adultos de 65 años o mas .

. Protegen a grupos especificos p.ej (personas con afecciones subyacentes , trabajadores de atencion medica)

Protegen contra nuevas variantes (Delta ,Omicron)

Reducen el riesgo de infeccion incluida la infeccion sin sintomas y otros .

Brindan proteccion contra cuadros leves de covid19.

Previenen resultados mas graves , como la hospitalizacion o la muerte .

Previenen la propagacion del covid19 a otras personas .

Brindan proteccion a corto y largo plazo .

Se desempeñan en personas que han recibido dosis de refuerzo de las vacunas .

El riesgo de infeccion en personas completamente vacunadas no puede eliminarse por completo , mientras exista una transmision comunitaria del virus .Los primeros datos sugieren que las infecciones en personas completamente vacunadas se observan con mas frecuencia con la variante Delta que con otras variantes del covi19. Sin embargo , los datos muestran que las personas completamente vacunadas tienen menos probalidades que las personas no vacunadas de adquirir SARS-COV-2 y las infecciones con la variante Delta en personas completamente vacunadas se asocian con resultados clinicos menos graves . Las infecciones con la variante Delta en personas vacunadas tienen potencialmente una transmisibilidad reducida que las infecciones en personas no vacunadas , aunque se necesitan estudios adicionales .

5 Discusión-Conclusión

En el sistema Español de Farmacovigilancia ha registrado notificaciones de Miocarditis o Pericarditis tras la administracion de las vacunas contra la covid , en la mayoría de los casos se habian recuperado o estaban en recuperacion en el momento de la notificacion , de todos modos el balance beneficio /riesgo se mantiene favorable , considerando la alta eficacia de estas vacunas en prevenir hospitalizaciones y muertes por covid y la baja frecuencia de aparicion de estos cuadros , de curso generalmente benignos .

Estos cuadros de Pericarditis se presentan principalmente en hombres jovenes , despues de la segunda dosis de estas vacunas y en los 14 días siguientes a la vacunacion . La evolucion es similar a los cuadros de Miocarditis y Pericarditis que aparecen por otras causas , genneralmente de buena evolucion .

6 Bibliografía

Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios .

Mayo Clinic

Revista Fuc Salud

Misiones Provincia Ministerio de Salud Publica Marandu comunicaciones 2021

Centro Nacional de Vacunaciones y Enfermedades Respiratorias (NCIRD) Division de Enfermedades Virales.

Capítulo 300

COVID 19 EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

CARMEN MARIA UFANO MAYOR

1 Introducción

El coronavirus CoV-2, ES EL causante de un síndrome respiratorio agudo muy severo.

Los síntomas de esta patología, cuando se da en su modo leve, trae consigo fiebre, tos, y sensación de que falta el aire (disnea), aunque algunos enfermos padecen otros síntomas como pueden ser: digestivos, cutáneos, etc.

Las medidas que se lleven a cabo en el entorno laboral frente al gran reto de la COVID-19 son básicas para proteger y preservar la salud de los trabajadores, pacientes y público en general.

La preparación adecuada para evitar los contagios ayudara a evitar que enfermen los trabajadores, los pacientes y familiares y que se produzcan rebrotes.

Hay que adoptar unas medidas efectivas para reducir todo lo posible la posibilidad de una transmisión de la enfermedad en el puesto de trabajo, para ello, será necesario contar con una estrategia de participación que garantice que el ámbito de trabajo no sea fuente de contagio.

El contagio del coronavirus entre las personas se puede producir de varios modos:

- Se puede producir cuando el virus se encuentra en el medio aéreo.
- El contagio también se puede producir por el contacto de las manos.

Es super importante tener en cuenta que se puede transmitir por personas que no han llegado a desarrollar síntomas.

2 Objetivos

Hacer una breve exposición sobre la enfermedad del Covid-19, destacando la importancia de la prevención y protección en el medio hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una profunda investigación basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. También he consultado artículos científicos y buscado cierta información en google académico, pubmed...

A parte de mi experiencia y mi día a día como trabajadora en centro hospitalario.

4 Resultados

La COVID-19 es una grave enfermedad que puede afectar de diferentes maneras en función de la persona.

Normalmente se produce de una forma de leve a moderada y su recuperación no suele requerir hospitalización.

Síntomas más comunes son:

- la fiebre
 - la tos
 - el cansancio
 - la pérdida del sentido del gusto o del olfato
- La enfermedad del COVID-19 se transmite mayormente entre las personas a través del contacto y de las gotículas respiratorias (transmisión aérea). El contagio por medio de gotículas se produce por contacto muy cercano (más o menos de un metro de distancia), también se puede dar por transmisión por gotículas a través de los fómites que se encuentren en el entorno de la persona afectada.

La transmisión aérea del virus de la COVID se da mucho en procedimientos que pueden generar aerosoles como: broncoscopias, aspiración abierta, administración de fármacos por nebulización, ventilación manual.. giros o movimientos del paciente...

Hay que tomar precauciones para evitar la transmisión por vía aérea y por contacto.

Es muy importante utilizar de forma adecuada, racional y correcta todos los equipos de protección individual y no solo las mascarillas, también las pantallas, gafas, guantes, batas... que nos protegen de esta enfermedad.

Es muy importante tener mucho cuidado a la hora de quitarse los equipos de protección individual y mantener una correcta y adecuada higiene de manos. En los hospitales y centros hospitalarios se adoptaran medidas para promover y facilitar la higiene de las manos y tambien la higiene respiratoria como: lavarse con la frecuencia adecuada, colocar dispensadores de soluciones hidroalcohólicas tanto para pacientes y trabajadores como para visitantes, uso correcto de guantes y cambios de mascarilla...tambien se aumentara la ventilación ambiental entre otras de las muchas medidas a aplicar.

5 Discusión-Conclusión

Es importante la detección precoz y el aislamiento de prevencion de todo paciente con una infección en curso que pueda transmitir la enfermedad, tambien es muy importante la reducción del riesgo del profesional como una fuente de contagio. Tambien es muy importante el buen manejo y la utilizacion de los equipos de protección individual (EPI) frente al coronavirus ya que son basicamente los equipos de protección respiratoria (mascarillas fpp2 o fpp3),los equipos de protección ocular (gafas protectoras, pantallas..) y bata y guantes. Suele haber carteles que indican el orden de la colocacion y la retirada, pero en caso de que puedan llegar a surgir dudas y se puedan crear problemas mayores y aumentar los contagios, es basico consultar al servicio de prevencion, que nos recordara como debemos hacer.

6 Bibliografía

https://www.sanidad.gob.es/gl/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Procedimientos_intervencionistas.pdf
<https://istas.net/>

Capítulo 301

PROTECCION DE DATOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO

MERCEDES DIAZ RODRIGUEZ

ELENA CUEVAS ROCES

MARIA DEL PILAR HEVIA MENENDEZ

MARIA SUSANA MARTINEZ SANCHEZ

MARIA LUISA SAMPEDRO DIAZ

1 Introducción

La protección de datos es un derecho Fundamental que se desarrolla a partir del artículo 18.4 de la Constitución Española. Cada persona individual es la única facultada para decidir lo que se puede o no hacer con sus datos personales. La Ley nace para garantizar y proteger el tratamiento de nuestros datos privados. Tras la implantación de la Ley de Protección de Datos que se emplea nuestro país , desde el año 2018 los hospitales públicos españoles no proporcionan datos personales de sus pacientes a los visitantes. Actualmente es necesario comunicarse con el paciente, o si éste no puede, con algún familiar para que él mismo proporcione la información del paciente a la visita. El objetivo de esta publicación es Identificar los factores de riesgo y los problemas con respecto a la información personal de cada paciente en los centros de trabajo. Es información sanitaria confidencial los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

Igualmente importante es detenerse sobre el derecho del paciente a no ser informado, derecho limitado en casos como el interés de la salud del propio paciente, de terceros o de la colectividad.

Cumplir con estos mínimos supone, por un lado, un cambio en el modo de trabajar de los propios profesionales y, por otro, que los poderes públicos lleven a cabo las actuaciones necesarias para que, de manera efectiva, se trasladen a la práctica estos estándares de calidad en la información.

2 Objetivos

Describir cómo afecta la implantación de la Ley Orgánica de Protección de Datos al secreto profesional en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

La figura del paciente aparece recogida en la legislación española, reconociéndosele una serie de derechos y de deberes. De acuerdo con dicha legislación, el paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud y a ser tratado con respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral o ideológico.

Los usuarios de la sanidad se cuestionan quién es el propietario de su historia clínica. Desde la perspectiva de la normativa de protección de datos no se maneja este concepto de propiedad

El profesional tendrá que cuidar en todo momento la intimidad de sus pacientes evitando facilitar ningún dato personal de los mismos, pues de lo contrario podrían enfrentarse a una reclamación por parte de los pacientes, quienes no solo solicitarán una sanción para el profesional, sino además una compensación económica.

De forma general, los pacientes españoles gozan de una serie de derechos que se engloban en ocho grandes áreas:

- Acceso a la atención sanitaria: es derecho a obtener los productos sanitarios y medicamentos necesarios para su salud, a ser atendidos dentro de un plazo adecuado a las características de su proceso patológico
- Autonomía del paciente: derecho a recibir toda la información previa a cualquier procedimiento diagnóstico y a escoger entre las distintas opciones terapéuticas.
- Intimidad y confidencialidad: derecho a ser atendidos en condiciones que garanticen su intimidad, dignidad, autonomía y seguridad
- Experimentación e investigación científica: derecho a saber si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos comportará un peligro adicional para su salud.
- Prevención de la enfermedad y la protección de la salud: derecho a conocer los problemas de salud de la colectividad que supongan un riesgo para la salud personal
- Información asistencial y acceso a la documentación clínica: Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre las prestaciones y servicios a los que tiene derecho, así como al acceso a su historia clínica
- Participación de los pacientes y usuarios: Es el derecho a conocer y a poder identificar, en cualquier situación, a los profesionales que prestan la atención sanitaria.
- Calidad y la seguridad asistencial: derecho a una asistencia sanitaria de calidad humana y científico-técnica.

5 Discusión-Conclusión

El Secreto profesional se define como: Deber que tienen los miembros de ciertas profesiones, como los profesionales sanitarios, los abogados, los notarios, etc., de no revelar los hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión.

El secreto profesional es de obligatorio cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente. Incluso cuando la relación que vincule a las partes haya finalizado. Se obliga a los centros médicos a adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y el procedimiento legal de acceso.

Todas las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de datos estarán sujetas al deber de confidencialidad. Este deber será complementario del deber de secreto profesional al que están obligados el personal sanitario respecto a la información clínica del paciente.

El secreto profesional es una obligación necesaria para garantizar una relación de confianza que permita el ejercicio de la profesión dentro del ámbito sanitario, asegurando en todo momento el respeto de la intimidad de la persona.

6 Bibliografía

- <https://www.revista-portalesmedicos.com/>.

Capítulo 302

SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO

ELENA CUEVAS ROCES

MERCEDES DIAZ RODRIGUEZ

MARIA DEL PILAR HEVIA MENENDEZ

MARIA SUSANA MARTINEZ SANCHEZ

MARIA LUISA SAMPEDRO DIAZ

1 Introducción

El estrés es un fenómeno que está obteniendo cada día más relevancia en nuestra sociedad, situándose como la enfermedad del siglo XXI. Los datos evidencian que produce un tremendo impacto en nuestra economía causando innumerables pérdidas de productividad y por lo tanto numerosos gastos sanitarios.

Las personas invertimos casi un tercio de nuestra vida en el lugar de trabajo, donde se desarrollan gran parte de las relaciones interpersonales y las situaciones de tensión.

El estrés laboral asociado a estas conlleva consecuencias para la salud física y mental de las personas. El estrés laboral y el síndrome del profesional quemado (burnout) son las principales consecuencias derivadas de las situaciones de tensión constantes en el trabajo.

El término Burnout fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, cuando analizaba el comportamiento de los trabajadores de una clínica de desintoxicación en Nueva York. En este análisis, resaltaba el proceso de desmotivación que iban sufriendo de forma progresiva, así como la presencia de cuadros ansiosos, de cansancio y desánimo, llegando a volverse insensibles, incomprensivos y hasta incluso agresivos con sus pacientes.

Por todo esto, es fundamental la detección en las organizaciones, grandes (hospitales y clínicas) y pequeñas (consultas), del personal desmotivado y estresado, ya que permitirá una prevención e intervención precoz en las situaciones de tensión generadas y una mejora en el funcionamiento de los equipos de trabajo.

2 Objetivos

Objetivos:

- Determinar la asociación entre desempeño laboral y la calidad del servicio de un administrativo
- Buscar las posibles situaciones que generan estrés o ansiedad en el personal no sanitario
- Identificar las variables que se relacionan con el síndrome de Burnout en el personal no sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el síndrome de Burnout en el personal no sanitario pueden interferir diferentes causas que dividiremos en tres grandes grupos: características de la personalidad, variables sociodemográficas y motivos laborales.

Respecto a cómo controlar estas situaciones de tensión y estresantes existen, al igual que en otras enfermedades, tres tipos de prevención:

1. La intervención primaria: se centra en reducir o eliminar las causas del estrés, con actividades de promoción de la salud mental en el trabajo y la adaptación del entorno de trabajo. Tiene por objetivo conseguir un entorno laboral más saludable.

2. La intervención secundaria se dirige a la reducción de las consecuencias del estrés sobre la salud, con acciones que conducen a la concienciación y adopción de estrategias de afrontamiento efectivas, potenciando las habilidades y capacidades de los trabajadores.

3. La intervención terciaria se centra en el tratamiento de las personas que ya padecen o han padecido las consecuencias más graves del estrés laboral. El objetivo de la intervención es reducir las consecuencias negativas del estrés con el fin de conseguir la rehabilitación, readaptación y reincorporación de la persona a su entorno laboral.

Además, existen toda una serie de estrategias individuales y organizacionales que pueden ser llevadas a cabo tanto por los propios trabajadores como por las organizaciones, para prevenir y reducir las situaciones de tensión generadoras de estrés laboral, que a largo plazo producirán la aparición del síndrome del profesional quemado.

Con respecto a los factores laborales existen diferentes tipos de causas:

- La sobrecarga laboral relacionada con el agotamiento emocional. Ésta puede deberse a la mala organización del servicio o a la falta de personal
- Los turnos rotativos o la turnicidad, ya que éstos influyen de manera negativa en la calidad del sueño. En muchas ocasiones, los turnos cambian cada semana, incluso diversas veces a la semana, trastornando la vida social y familiar y las relaciones interpersonales
- La motivación laboral entendida como el reconocimiento que la persona obtiene al realizar su trabajo por sus superiores.
- La ausencia de apoyo social referida a vínculos formales, superiores o compañeros de trabajo, e informales como familia y amigos, siendo estos últimos esenciales para su prevención.

5 Discusión-Conclusión

Los periodos repetidos de estrés suelen provocar al personal administrativo sentirse desmotivado en su trabajo. La desmotivación provoca actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la percepción personal de sentirse emocionalmente agotado. En la actualidad el síndrome de Burnout es uno de los responsables en la desmoti-

vacación del personal no sanitario, esto indica la posibilidad de que este síndrome esté implicado en las elevadas tasas de absentismo laboral que presentan estos profesionales. Por todo ello es muy importante que se dote al administrativo de las herramientas adecuadas para que puedan desempeñar sus tareas de manera adecuada y evitar así la sobrecarga de trabajo.

6 Bibliografía

<https://www.researchgate.net/>

<https://revistamedica.com/>

<https://www.sciencedirect.com/>

<https://www.actasdermo.org/>

Capítulo 303

CONTROLAR AL PACIENTE VIOLENTO

MARIA DEL PILAR HEVIA MENENDEZ

MERCEDES DIAZ RODRIGUEZ

ELENA CUEVAS ROCES

MARIA SUSANA MARTINEZ SANCHEZ

MARIA LUISA SAMPEDRO DIAZ

1 Introducción

Se denomina agresión a un estado de inquietud en el cual se está dispuesto a producir daño tanto a uno mismo como a los demás y se pone en peligro la calidad de vida. Se puede expresar verbalmente (por ejemplo amenazas, insultos) o mediante un daño real, normalmente es físico, pero también puede ser psicológico. A menudo surge de una persona que no es capaz de expresar sus emociones, necesidades y/o inquietudes. El comportamiento agresivo no se considera un diagnóstico formal. Estos episodios han aumentado drásticamente en los últimos años, y suelen estar asociados a patologías psiquiátricas como por ejemplo la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la demencia y el Alzheimer . Los lugares en los que más se llevan a cabo las agresiones suelen ser las unidades de psiquiatría, los servicios de emergencias y los centros de salud. Este hecho afecta al bienestar del equipo y, por lo tanto, se puede ver alterado el rendimiento laboral de los profesionales e interrumpir la rutina de trabajo de la unidad hospitalaria. Existe la

posibilidad de que tenga serias consecuencias como absentismo, desmotivación, menor calidad de la asistencia, estrés, ansiedad, baja autoestima, angustia del personal y/o alteraciones de las relaciones personales con la familia.

2 Objetivos

Dar a conocer unas pautas para poder controlar al paciente violento.

3 Metodología

El procedimiento para buscar información ha sido realizar una revisión bibliográfica en Google con palabras clave como: violencia, agresividad, sanidad y se han consultado distintas bases de datos como: Dialnet, Scielo o Psichinfo o también el blog de formación Alcalá.

4 Resultados

Los pacientes que usan la violencia en los centros sanitarios a menudo pueden tener trastornos mentales o depender de algún tipo de drogas. En muchos casos son pacientes peligrosos para sí mismos. Mantendremos cuando nos dirijamos a ellos contacto visual en todo momento, hablándoles de forma tranquila y buscando una vía de escape por si fuera necesaria. Es posible que necesitemos la presencia de algunos compañeros.

Si estas primeras medidas no tuviesen el resultado esperadose podría pasar a la contención farmacológica o física de manera excepcional. Todavía faltan muchos protocolos que ayuden a los profesionales de la salud a seguir una guía que indique cuál sería la acción más correcta en cada situación. La intervención que se realice debe ser proporcionada al riesgo que suponga el estado del paciente en ese instante, es decir, debe ser necesaria, justificable y razonable.

Las principales acciones que deberían realizarse si nos encontrásemos en alguna situación así, por orden de actuación:

1º Describir la identificación del problema y realizar una evaluación del paciente agresivo.

2º Incluir recomendaciones para elegir qué intervención es la más adecuada (de la menos a la mas restrictiva)

3º Explicar las evaluaciones que tienen que aplicarse después de cada episodio para prevenir que se den en futuras ocasiones.

El objetivo inmediato será garantizar la seguridad de todas las personas mediante el control de la conducta, lo que permitirá también realizar una aproximación diagnóstica, que ayude a la toma de decisiones rápidas y resolutivas, para lograr los siguientes objetivos: control de la conducta del paciente, evaluación médica e instauración de tratamiento.

Es importante establecer una serie de medidas que aseguren tanto la integridad de los profesionales como la del paciente y de terceras personas antes de empezar a actuar. No siempre se cuenta con la presencia de autoridades como policía local o guardia civil e incluso el equipo de bomberos para la recogida de información. En estos casos, se debe esperar a la actuación y colaboración del dicho personal para ayudarnos a salvaguardar la seguridad del equipo y del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Lo ideal es que la decisión se tome, de acuerdo con la voluntad del enfermo, sin perjuicio para el equipo médico ni para el resto de los pacientes. Para ello es fundamental la comunicación, el dialogo e incluso la persuasión para reducir la conflictividad.

Es importante mantener una accesibilidad entre profesionales con el objetivo de mejorar la atención al paciente, compartir información y, así, mejorar la capacidad resolutive del profesional, obteniendo una mejora en la calidad asistencial, así como un aumento de la eficacia y eficiencia del sistema sanitario.

Tendremos mucho tacto cuando atendamos a estos pacientes y conservaremos la calma en todo momento, siendo flexibles pero con límites claros.

6 Bibliografía

<https://dspace.uib.es/>

<https://www.blog.formacionalcala.es/>

Capítulo 304

NORMATIVA BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

M DOLORES GARCÍA LÓPEZ

1 Introducción

Entre los derechos fundamentales de las personas físicas recogidos en la Constitución Española en su artículo 18.4, con respecto a la protección de los datos personales, se ejercerá con arreglo a:

- El reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE
- La ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.(LOPDGDD)

El reglamento es la norma básica con respecto a la protección de datos de las personas físicas para preservar sus datos personales, es aplicable a todo el territorio de la Unión Europea.

El reglamento considera una serie de datos que hay que proteger, como son las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas, la afiliación sindical, el origen étnico, datos genéticos, datos de salud, etc.

La ley orgánica regula el tratamiento de datos personales y las garantías de los derechos digitales, se aplica a cualquier tratamiento total o parcialmente automatizado de datos personales.

Todos estos datos deben ser protegidos, pero hay excepciones como es:

- En caso de consentimiento explícito.
- Que sea necesario para cumplir la normativa de derecho laboral.

- Que sea necesario para proteger intereses vitales.
- Para la defensa de reclamaciones.
- Por razones de interés público esencial.
- Para fines de medicina preventiva, etc.

2 Objetivos

- Conocer la normativa básica de la ley de protección de datos
- Distinguir los distintos principios y derechos de la ley de protección de datos

3 Metodología

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

4 Resultados

Los principios del tratamiento de datos son:

- Principio de minimización de datos: Solamente se recogerán los datos necesarios.
- Principio de limitación de la finalidad: Serán para fines legítimos, explícitos y determinados.
- Principio de licitud, lealtad y transparencia:
- Principio de integridad y confidencialidad: Los datos deben protegerse, para que no se produzcan pérdidas, destrucción, etc.
- Principio de limitación del plazo de conservación: Una vez finalizado el fin por el que se recopilaron los datos, podrán tratarse solo para fines de interés público, de investigación científica, histórica o estadísticos.
- Principio de exactitud: Los datos deben estar actualizados, rectificando datos inexactos.

El consentimiento informado ha de ser expreso, de forma libre y se debe facilitar a la persona interesada, modelos sencillos y con un lenguaje claro que no tenga cláusulas abusivas o que pueda llevar a equívocos, siempre la persona interesada

debe conocer quién es la organización que recoge sus datos y la finalidad de los mismos. El consentimiento informado, puede ser revocado si la persona interesado lo solicita.

Respecto al consentimiento informado de los menores, el reglamento establece una edad mínima, pero los estados miembros de la unión europea pueden establecer una edad inferior siempre y cuando no sea inferior a 13 años.

Toda persona física, con respecto a la protección de datos, tiene derecho:

- Derecho de acceso: Toda persona puede conocer si sus datos se están tratando con carácter personal y obtener información de los mismos.
- Derecho de rectificación: Toda persona tiene derecho a rectificación de sus datos, si estos son incompletos, o inexactos.
- Derecho de oposición: Toda persona puede oponerse a que sus datos sean tratados en casos como, elaboración de perfiles.
- Derecho de supresión: Se puede ejercer este derecho, si ya no son necesarios en relación para los fines que fueron tratados, si se ha ejercido el derecho de oposición, este derecho no es ilimitado, por lo que puede ser factible no proceder a la supresión cuando sea necesario para el ejercicio de la libertad de expresión e información, para el cumplimiento de una obligación legal.
- Derecho de limitación del tratamiento: Se puede impugnar la exactitud de datos personales.
- Derecho a la portabilidad: Permite controlar los datos de la persona interesada, especialmente cuando se realiza por medios automatizados.
- Derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas.
- Derecho a la información: En España, la AEPD, agencia española de protección de datos recomienda que se realice esta información por capas o niveles, es decir, una información resumida en un primer nivel y el resto de información se remita a un medio más adecuado para su presentación, comprensión.

En el reglamento, aparece la figura de “responsable de tratamiento”, que el Reglamento lo define como persona física o jurídica, autoridad pública o, servicio u otro organismo que determine los fines y medios de tratamiento, cuyo objetivo es proteger el derecho a la protección de datos de las personas interesadas.

Las funciones que el responsable de tratamiento debe llevar a cabo, para cumplir con el reglamento son:

- Concretar medidas técnicas y organizativas, para cumplir con el Reglamento.
- Bajo su responsabilidad, llevar registro de actividades.
- Diseñar las medidas de protección de datos, cumpliendo con todos los requisitos del reglamento.
- Adoptar medidas de seguridad, minimizando o eliminando los riesgos del

tratamiento de datos.

- Evaluar el impacto de protección de datos.
- Nombrar a un delegado de protección de datos.
- Adhesión a códigos de conducta.
- Colaborar con la autoridad de control.
- En caso de incidente de seguridad, comunicarlo a la autoridad competente, el tiempo máximo para comunicarlos es de setenta y dos horas.

En caso de que el responsable del tratamiento de datos, incumple alguna obligación, puede sufrir una infracción grave, con sanciones en multas administrativas, si no es grave, recibirá una advertencia.

Otra figura que el reglamento, exige es “el encargado de tratamiento”, que es una persona física o jurídica, autoridad pública, servicio u otro organismo que trate datos personales por cuenta del responsable del tratamiento, es decir, actúa por cuenta del responsable, suele ser un tercero ajeno al responsable.

Existe una relación jurídica entre el responsable del tratamiento y el encargado del tratamiento, debe realizarse por escrito obligatoriamente, donde debe aparecer:

- El deber de confidencialidad.
- Las medidas de seguridad.
- Las instrucciones del responsable del tratamiento.
- El destino de los datos cuando se finalice la prestación.
- La colaboración con el responsable.
- El régimen de la subcontratación.
- La colaboración en el cumplimiento de las obligaciones del responsable.
- Los derechos de los interesados.

En caso de que el encargado del tratamiento no cumpla las indicaciones del responsable del tratamiento, se puede rescindir la relación jurídica.

Otra figura jurídica que el reglamento señala, es “el delegado de protección de datos” que debe tener conocimientos especializados del Derecho y a practica de protección de datos.

El reglamento estipula que tanto el responsable como el encargado de tratamiento deben garantizar que el delegado de protección de datos participe de forma adecuada y en tiempo oportuno en todas las cuestiones relativas a la protección de datos personales, dándole apoyo activo a su labor y recursos financieros, de infraestructura y de personal si lo requiere, debiendo este, actuar de forma independiente.

Entre las funciones del delegado de protección de datos están:

- Cooperar con la autoridad de control.

- Supervisar el cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento.
- Informar y asesorar al responsable o al encargado de tratamiento y a los empleados que se ocupen del tratamiento de datos.
- Evaluar el impacto relativo a la protección de datos.
- Ser el punto de contacto de la autoridad de control.

Tanto el responsable como el encargado de tratamiento de datos personales son los responsables de llevar un registro de actividades que se organiza a partir de los ficheros que actualmente tienen notificados los responsables en el registro general de protección de datos, detallando todas las operaciones, se debe configurar en torno a operaciones de tratamientos concretas, como gestión de clientes, gestión contable, gestión de recursos humanos y nóminas.

La evaluación del impacto relativa a la protección de datos, lo lleva a cabo el responsable del tratamiento, permite evaluar de manera anticipada los riesgos a los que están expuestos los datos personales.

La evaluación del impacto de riesgo debe incluir como mínimo, una evaluación de la necesidad y proporcionalidad del tratamiento respecto a su finalidad, una descripción sistemática de la actividad, las medidas para afrontar los riesgos, con sus garantías, medidas de seguridad que garanticen la protección de datos personales.

Puede realizarse por personal interno o externo de la organización, sin que exima de responsabilidad al responsable del tratamiento, como asesoramiento puede participar el delegado de protección de datos.

El reglamento UE 2016/679, otorga dar mayor relevancia a los códigos de conducta, con el fin de que sirvan como herramientas para los responsables y encargados.

En el artículo 24.3 del RGDP, establece que la adhesión a estos códigos de conducta podrá utilizarse como elemento probatorio del cumplimiento de las obligaciones por parte del responsable del tratamiento.

Se prevé que podrá promoverse la adopción de códigos de conducta por los organismos o entidades que asumirían las funciones de supervisión y resolución extrajudicial de conflictos, recogido en el art. 41 del RGPD.

Los códigos de conducta, recogen:

- Los intereses legítimos perseguidos por los responsables.
- El tratamiento leal y transparente.
- La seudoanonimización de datos personales.
- Los procedimientos extrajudiciales y otros procedimientos de resolución de conflictos.
- Las notificaciones de violaciones de seguridad de datos personales.

- El ejercicio de los derechos de los interesados.
- La transferencia de datos personales a terceros países.
- La información proporcionada a los interesados y público.
- La información proporcionada a los niños y la protección de los mismos.
- Procedimientos y medidas para garantizar la seguridad de la protección de datos.

LA LEY ORGÁNICA 3/2018, DE 5 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES (LOPDGDD)

Esta Ley entró en vigor el 7/12/2018, el objeto es adaptar el ordenamiento jurídico español al reglamento de la Unión europea 2016/679 y garantizar los derechos digitales de la ciudadanía conforma al artículo 18.4 de la Constitución.

En el reglamento, estipula que los datos personales de una persona fallecida no es de aplicación de dicho reglamento, permitiendo que cada estado miembro regule la materia, por lo que la ley orgánica 3/2018, en su artículo 3, estipula que se puede hacer con los datos personales de las personas fallecidas.

Pueden acceder a los datos de personas fallecidas, las que tengan un vínculo por razones familiares, las que tengan un vínculo de hecho y los herederos del fallecido, según la ley orgánica 3/2018.

Respecto al encargado y responsable de tratamiento de datos, esta ley apenas hace diferencia con el reglamento.

Respecto al registro de actividades de tratamiento, esta ley que complementa el reglamento dispone que ciertos órganos pertenecientes a las Administraciones Públicas tienen obligación de hacerlo público.

Con respecto al código de conducta y certificación, la ley orgánica dedica un capítulo, donde los códigos de conducta serán vinculantes para los que se adhieran a ellos, y serán aprobados por la Agencia Española de Protección de datos o por la autoridad autonómica de protección de datos competente, la certificación podrá ser llevada a cabo por la Entidad Nacional de acreditación (ENAC).

Con respecto a transferencia internacional de datos, los responsables de tratamiento deberán informar a la Agencia Española de Protección de Datos, o a las autoridades autonómicas de protección de datos, de cualquier transferencia internacional de datos, no será de aplicación a las actividades llevadas a cabo por las autoridades públicas en el ejercicio de sus poderes públicos.

La LOPDGDD, están sujetos al régimen sancionador establecido en el Reglamento UE 2016/679 y la ley Orgánica 3/2018, pueden ser:

- Muy graves: Recogido en el artículo 72, prescriben a los tres años.
- Graves: Recogido en el artículo 73, prescriben a los dos años.
- Leves: Recogido en el artículo 74, prescriben al año.

Las sanciones pueden alcanzar en algunos casos el 4% del volumen anual de facturación de la compañía o 20 millones de euros en los casos más graves. Además de las medidas sancionadoras, existe la advertencia, la amonestación y suspensión. La autoridad competente para la imposición de sanciones será la Agencia Española de protección de datos (AEPD).

5 Discusión-Conclusión

Todas aquellas empresas, entidades públicas o profesionales que manejen datos personales de terceros están obligados a cumplir el Reglamento general de protección de datos (RGPD),

Desde que entró en vigor, las empresas han tenido dos años para adaptarse, cambiando el tratamiento de datos, los cuales deben ser exactos, veraces y actualizados, su tratamiento debe tratarse de forma lícita, leal y transparente y señala que no se deben mantener más que el tiempo necesario para el fin del tratamiento.

Se debe tener en cuenta, que el tratamiento solo es lícito, siempre que exista consentimiento del interesado, garantizando la confidencialidad de los mismos.

De ahí la importancia de la creación de los encargados del tratamiento que deben evaluar los posibles riesgos de seguridad y establecer medidas de seguridad para garantizar la confidencialidad de los datos.

La existencia del registro de actividades, donde refleja tipo de datos, finalidad, la cesión de estos datos o transferencias fuera de España, debe mantenerse actualizado por si fuese necesario presentarlo ante cualquier inspección por la AEPD.

El que exista un informe donde se indican los riesgos detectados sobre la protección de datos, garantiza que solo se traten los datos necesarios, que se conserven durante el plazo previsto, que solo puedan acceder a ellos, las personas autorizadas.

Gracias a los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión y portabilidad los cuales se deben hacer de forma sencilla, permite una mayor protección de datos.

El que en la actualidad existan infracciones y sanciones por incumplimiento del reglamento europeo de protección de datos, con sanciones económicas considerables y en algunos casos, advertencia, amonestación o suspensión del tratamiento de datos, hace que la normativa se cumpla con rigor.

El no cumplir la normativa, no solo tiene consecuencias económicas, también tiene consecuencias legales, reputacionales, operacionales y empresariales.

La normativa de protección de datos, mejora la seguridad de la información, aumenta la competitividad y calidad, garantiza el respeto de los derechos y liber-

tades en la sociedad digital, aporta mayor confianza a los usuarios, mejora la imagen incrementando la productividad interna y el prestigio de la empresa.

6 Bibliografía

- 1 REGLAMENTO (UE) 2016/ 679 DEL PARLAMENTO - BOE.es [Internet] [Consulta 8 de abril 2022] Disponible en: <https://www.boe.es>
doue > 2016
- 2 BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre [Internet] [Consulta 8 de abril 2022] Disponible en: <https://www.boe.es>
buscar > doc
- 3 Resumen de las cuestiones más relevantes de la Ley [Internet] [Consulta 8 de abril 2022] Disponible en: <https://finreg360.com>
uploads > 2019/06 > AR2.
- 4 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la [Internet] [Consulta 8 de abril 2022] Disponible en: <https://www.boe.es>
> buscar > act
- 5 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de [Internet] [Consulta 8 de abril 2022] Disponible en: <https://www.boe.es>
buscar > act]
- 6 Política de privacidad y protección de datos - Ministerio de [Internet] [Consulta 10 de abril 2022] Disponible en: <https://portal.mineco.gob.es>
> es-es > ministerio > Paginas
- 7 Ley Orgánica de Protección de datos y garantía de los [Internet] [Consulta 10 de abril 2022] Disponible en: <http://www.ipyme.org>
> RGD > Documents > Ar...
- 8 Ley de protección de datos en España y su cumplimiento [Internet][Consulta 10 de abril 2022] Disponible en: <https://factorialhr.es>
> blog > ley-proteccion-datos-espana
- 9 Protección de datos sanitarios | Lopdgd/Rgpd Sanidad [Internet] [Consulta 10 de abril 2022] Disponible en: <https://ayudaleyprotecciondatos.es>
> sanitarios
- 10 Infracciones de la Ley Orgánica de Protección de Datos en el .[Internet] [Consulta 10 de abril 2022] Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
> scielo

Capítulo 305

DISTINTAS DIETAS EN LOS HOSPITALES

ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO

MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

DAVID DIAZ MARIANO

MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ

1 Introducción

En las cocinas de los hospitales, pinches, médicos, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería cocineros, gobernantas y en planta como, los especialistas en nutrición, dietistas como trabajadores de los hospitales las dietas se adaptan a la necesidad de cada paciente que ingresa en los hospitales. Son muchas patologías las que se dan en ellos son variadas, por eso el gran trabajo que llevan para que sean adaptas para cada paciente, desde que ingresa el paciente, pasa por muchas manos, dietistas que las ponen, la cocina donde se pre elaboran ,se emplata y se sirven es una organización que se debe de llevar con mucho cuidado ,para que llegue al paciente sin ningún riesgo y que cumplan con las necesidades de cada patología y sean agradables a los usuarios ya que al no estar en casa ,cambiar la alimentación las costumbres ,llega la desgana ,por eso el trabajo que lleva y la organización para hacer la instancia lo mejor posible. Una dieta terapéutica pausada trata y/o controla una determinada enfermedad. En ocasiones estas dietas

pueden ser la solución para una determinada anomalía y en otros, será complementaria a un tratamiento o pauta. Tratan enfermedades relacionadas con una nutrición inadecuada por falta de nutrientes específicos o por intolerancia de algún componente. Por tanto también se consideran terapéuticas las dietas que eliminan algún componente específico como el gluten.

2 Objetivos

Con este capítulo vamos a dar la información acerca de la elaboración de dietas individualizadas para cada paciente que ingresa en los hospitales, según su dolencia o patología para su pronta recuperación del paciente y dar a conocer las dietas que se elaboran en los hospitales.

3 Metodología

Hemos buscado información en varias páginas de internet y hemos desarrollado este capítulo Para comprender la importancia de una buena dieta en los procesos de nutrición clínica para ver que una buena alimentación es fundamental para la recuperación del paciente ingresado. Siguiendo las recomendaciones de los especialistas.

4 Resultados

La importancia de una buena dieta elaborada por especialistas en nutrición es asegurarse que la alimentación de los pacientes sea saludable y se ajuste a sus necesidades nutricionales. La comida de hospital no suele gustar, por qué esta dulce, es sin sabor, etc vamos a ver las diferentes dietas que se dan en un hospital. Variedad de dietas hospitalarias según cada paciente ingresado. Se pueden clasificar por distintas elaboraciones que en la realización de las dietas terapéuticas no son la excepción. Las dietas de los hospitales son muy importantes para que el paciente llegue a una pronta recuperación con lo que requiere y necesite.

- Dietas hipo sódicas. Estas dietas bajas en sal y muy rica en fibra que proceden de frutas, parte de los hidratos de carbono integrales. Verduras
- Dieta astringente. Se aumenta la fibra soluble manzanas plátanos o compota de manzana jamón york biscotes Y se elimina la leche y la fibra insoluble vegetales, fruta y

- Dietas hipercalóricos. Se prescribe esta dieta alta en calorías y proteínas. Cuando ingresan pacientes con desnutrición.
- Dieta blanda. Elaboraciones y alimentos de fácil digestión para pacientes con problemas digestivos o posoperatorio. Baja en grasa y en fibra.
- Dieta basal. . Esta dieta se sirve al paciente que después de pasar por la entrevista del especialista no necesita una dieta específica. Son más de la mitad de menús, se conoce como una dieta normal-Dieta baja en azúcares. Para pacientes que son diabéticos, están libre de azúcares añadidos. Esta dieta es rica en fibra para una buena absorción de azúcares a nivel intestinal.
- Túrmix .Enfermos que no pueden masticar, ya sea por una operación o por otra patología.
- Liquida .pacientes que salen de una operación y tienen que empezar a tolerar.

5 Discusión-Conclusión

Se intenta que gracias al equipo especialista, como en la cocina los menús elaborados tengan, todos los nutrientes, sabor y que puedan ser lo más agradable posible para una buena recuperación del enfermo y el bienestar del mismo de modo que al mismo tiempo nos proporcione placer y satisfacción Con todo esto podemos decir que las dietas sirven para cubrir las necesidades principales aunque se esté ingresado en un hospital, por eso se deben adaptar en la mayor parte posible según las dolencias y patologías que tiene el paciente, ha esto se le añade que una buena valoración por el especialista se debe de hacer que sea mejor la estancia de los hospitales ,aunque las comidas hospitalarias ,algunas opiniones de los pacientes ingresados, suelen comentar que no están buenas ,. La dieta proporciona la posibilidad de sobrevivir con alimentos muy diversos en proporciones muy variables y con una enorme gama de modos de prepararla y tomarla.

6 Bibliografía

<https://www.blogdehla.es/>
<https://www.vitonica.com/dietas>

Capítulo 306

APROVISIONAMIENTO DE GÉNEROS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO

MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

DAVID DIAZ MARIANO

MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ

1 Introducción

Qué recursos necesitamos para llevar a cabo la actividad de la cocina durante un período concreto. Es importante saber qué cantidad de género, que son necesarios para producir los platos con los productos necesarios. Se requiere una gran actividad donde se requiere de manipulación del género desde su recepción, almacenamientos, hasta la elaboración pasando por la pre elaboración, elaboración hasta el emplatado. Según las camas ocupadas de pacientes que están ingresados y las características de un hospital necesitamos un volumen muy alto de materia prima, estos alimentos pueden ser no perecederos o perecederos. Por todo esto cuando llegan al almacén hay que tener mucho cuidados ,hay que mirar si nos llegan en el mejor estado posible ,los productos perecederos como las verduras y frutas, las carnes y pescados que tengan todas las características de que son frescos ,los productos congelados ,fecha de caducidad, las cajas que no estén abiertas

ni chafadas, guardarlos en el lugar que correspondan tanto en cámaras como congeladores lo antes posible para evitar su deterioro ,gastarlo primero que entra lo primero que sale .el género se debe guardar siempre en los mismos sitio para que sea fácil encontrarlo y hacer rotaciones para que los productos no perecederos aunque tenga mucha fecha de caducidad no caduquen.

2 Objetivos

Dar a conocer el aprovisionamiento de género 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

Tener un buen control del stock influye en el rendimiento de todas las funciones que se realizan en la fase de aprovisionamiento. El almacén debe de tener un acceso fácil para los proveedores, tiene que estar cerca de la cocina, de las cámaras y congeladores donde se pre elabora la materia prima para luego su elaboración. Estará lejos del cuarto de basuras, calderas y cualquier foco de contaminación para evitar contaminaciones de los géneros. Los materiales deben de ser antideslizantes, de fácil limpieza puertas de fácil apertura y grandes para facilitar la entrada de los géneros. Estarán previstos de estanterías, básculas y una oficina provista de un ordenador para archivar y llevar mejor las entradas. El aprovisionamiento de materia prima podemos decir que tiene como fin tener almacenado género necesario para poder elaborar los menús que se elaboran en el hospital. Los recursos se reciben en la zona de muelles y se almacenan en las estanterías hasta que sean requeridos en las líneas de producción. Hacer rotar la materia que nos llega, para que la última en llegar sea la última en salir para que no haya problemas de caducidad del producto y no lleguen a deteriorarse, el vale de pedido nos servirá para que la cocina pida lo necesario para la elaboración del menú que

toca ese día y así poder controlar lo que entra, lo que sale, y tener stock para no tener problema de abastecimiento. Algo importante que tenemos que tener en cuenta respecto a la recepción, el género que nos ha llegado, nos fijaremos en bien en el albarán, asegurándonos que corresponde a la cantidad que nos llega, la calidad sea la que hemos pedido, los productos congelados debemos fijarnos de que llegan en buen estado, las cajas en condiciones, sin hielo y la fecha de caducidad buena almacenándolos enseguida para que no pierdan la cadena de frío. En el documento de entrega deberá estar reflejado, nombre del departamento solicitante, nombre del departamento que lo entrega, cantidad, nombre del artículo, fecha y firma del responsable.

5 Discusión-Conclusión

Una de las tareas más importantes del suministro es llevar un control exhaustivo del aprovisionamiento. Controlar la cantidad de stock con el que vamos a necesitar, así como la pedir lo necesario para poder elaborar lo necesario de los menús requeridos. En un correcto aprovisionamiento consiste en saber controlar lo que entra y sale de la cocina, poder organizar y prever qué productos o utensilios faltan y cuáles se van a necesitar en el transcurso del servicio. Para ello será necesario también conocer las distintas materias primas, sus características y la mejor forma de almacenarlas y hay que tener en cuenta varias valoraciones, los proveedores, tener un proveedor fijo, pero siempre de reserva por lo que pueda ocurrir, si nos falla poder echar mano a otro proveedor para que nos pueda abastecer tener presente la demanda, tener en cuenta el almacenaje que podemos disponer. Que la calidad del producto debe ser de buena calidad y poder entregar a la cocina lo que nos puedan solicitar.

6 Bibliografía

<https://www.restauracioncolectiva.com/>
<https://www.sintesis.com/>
<https://www.fda.gov/>

Capítulo 307

MEDIDAS PREVENTIVAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO

MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

DAVID DIAZ MARIANO

MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ

1 Introducción

El hecho de asegurar un ambiente laboral saludable es responsabilidad de gerentes y empresarios; y el respeto a las disposiciones y las normas, es tarea de todos los que allí trabajan. La reducción de riesgos de accidentes en cocinas debe ser imprescindible en cualquier cocina de hospital. La evaluación de riesgos se utiliza para valorar la magnitud de los riesgos que no hayan podido evitarse y así poder decidir las medidas preventivas necesarias. Con el objetivo de evitar mediante una correcta organización y formación del personal. La cocina es un escenario en el que los trabajadores están siempre expuestos a quemaduras, golpes, cortes, intoxicaciones. Deben disponer de un plan de emergencias y evacuación elaborada por personal capacitado. Los accidentes en las cocinas son muy frecuentes. La prevención de accidentes en cocinas de los hospitales debe de estar controlados. En los trabajos en cocina frecuente estar expuestos a los accidentes. Por este motivo es fundamental la formación del personal sobre la utilización de

estos elementos, de forma que sepan actuar con rapidez frente a un imprevisto, así como, señalización adecuada y elementos de extinción de incendios homologados y revisados según normativa. . Las cocinas son áreas de trabajo que implica una serie de riesgos comunes si no se adoptan las medidas preventivas adecuadas, pueden dañar la salud de los trabajadores.

2 Objetivos

Describir medidas de prevención en las cocinas hospitalarias

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos encontrar varios riesgos que tenemos que tener en cuenta y prevenirlos e intentar evitarlo para un buen y funcionamiento de la empresa teniendo el menor número de trabajadores de baja, a continuación vamos a nombrar alguno de los más comunes.

Riesgos biológicos: Son consecuencia de la manipulación del género. Lo que puede generar daños a la piel como: virus, bacterias, entre otros; presentes en residuos de los víveres: jugos, vegetales, carnes, mariscos, pescado y frutas, dermatitis, infecciones, presencia de verrugas en las palmas de las manos, por efecto de los hongos etc.

Riesgos con el contacto eléctrico. . Todo esto genera accidentes graves y causar daños a la salud del empleado. En el área de la cocina hay múltiples aparatos eléctricos que se manipulan con las manos, con pies y ropa húmeda y si los mismos tienen cables deteriorados pueden ocasionar descargas eléctricas.

Protección ante resbalones o caídas: Cuando se esté realizando la limpieza del piso, es importante colocar un aviso de precaución para evitar accidentes.

Peligro de resbalones o caídas: Esto conlleva a consecuencias graves como esguinces y fracturas. Estos accidentes son muy frecuentes en las cocinas. Suceden

a la presencia de restos de comida en el suelo, agua, aceite y jabón.

Riesgos ergonómicos: Es de vital importancia la formación de los trabajadores para adoptar las posturas correctas en cada tarea. Evitar posturas forzadas y movimientos repetitivos, mantener la recta la espalda, con frecuencia doblar las piernas y durante los descansos hacer estiramientos.

Cortes y pinchazos: Estos riesgos laborales en la cocina son lo más comunes, debido a que se utiliza utensilios cortantes y punzantes como: cuchillos, tijeras, pinzas, cortadoras, etc. Evitar cortes o punzadas: Los cuchillos y utensilios tienen que estar afilados y deben estar cuidadosamente guardados.

Medidas preventivas para el estrés: Establecer horas de descanso.

Estrés: En los trabajos en cocina es muy frecuente estar expuestos a un estrés alto.

Prevención ante quemaduras: Para la manipulación de sartenes y cualquier utensilio caliente se deben utilizar guantes antitérmicos especiales

Contacto término y quemaduras: son riesgos que provocan accidentes graves que producen quemadura. En la cocinas las superficies calientes, los fogones, hornos, freidoras,...

5 Discusión-Conclusión

Esta información y la formación necesaria, permitir que todos los trabajadores de este colectivo lo deben conocer mejor, tanto los riesgos derivados del trabajo como la forma de prevenirlos e incluso evitar estos riesgos, con todo esto nos debe dar la opción de evitar accidentes y evitar bajas para la empresa y mejorar la salud del trabajador.

Todas las medidas preventivas y los riesgos y que se da a conocer, es, ofrecer al colectivo de cocina la información y relacionar la salud en el trabajo y con los posibles riesgos para la seguridad y que pueden afectar al puesto de trabajo y las medidas preventivas aplicables a cada riesgo es de vital importancia para prevenir.

6 Bibliografía

<https://marcapl.com/>,
Riesgos laborales .

Capítulo 308

RELACIÓN ENTRE COVID Y SALUD MENTAL

AMELIA AGUARON LANGARITA

1 Introducción

La sociedad mundial se ha visto golpeada duramente por una pandemia que está durando más que de lo previsto en un principio.

Esto a afectado a nivel psicológico a toda la población mundial , ya que no sólo han tenido que afrontar sus problemas cotidianos sino que además han tenido añadido un problema nuevo, algo a lo que no sabían como enfrentarse, a sido una novedad para todos, tanto para los gobiernos, como para los investigadores y como no, para el personal de a pie, esas personas que vieron cambiar su día a día de un momento a otro.

Esta situación provocó ansiedad, miedo y estrés en la población, muchas personas no supieron afrontar la problemática de la situación y recurrieron a la toma de distintos fármacos para la ansiedad.

Dos años después, se puede afirmar que los efectos en la salud mental que provocó el covid no han mejorado en la actualidad, ya que el 85% de los españoles ha declarado que continúa sufriendo el impacto psicológico del agotamiento pandémico, que es la misma proporción que existía en el año 2021.

Por este motivo se ha visto incrementado el consumo de medicamentos ansiolíticos, y antidepresivos, también se ha dado un repunte en la medicación que ayuda a conciliar el sueño, todo esto se debe al nerviosismo y desasosiego que produce la situación actual.

2 Objetivos

Mostrar la innegable relación que tiene la llegada a nuestras vidas del covid con el aumento de consumo de medicamentos ansiolíticos y antidepresivos entre otros. Señalar por franjas de edad el grupo más afectado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una búsqueda minuciosa en diferentes artículos de salud relacionados con el tema en cuestión, y se ha producido una lectura de diversas bases de datos que contienen información sobre el tema a tratar.

4 Resultados

La sociedad mundial en general pero la española en particular se sienten tristes e irritados tras la pandemia. Han sido 720 días de pandemia y aunque no hemos terminado, si hemos podido relajar las medidas un poco, dándonos esto un pequeño descanso ante la situación.

Hay muchos síntomas que nos ha producido la pandemia, pero el agotamiento emocional es sin duda uno de los más relevantes y de los que más afectan al groso de la población.

Tal y como indicábamos anteriormente, el 85% de los encuestados sigue teniendo el mismo agotamiento emocional ahora que en plena pandemia en el 2021.

Pero no es el único síntoma, también aparecieron la dificultad en la concentración, el cansancio, la irritabilidad, la indefensión, pérdida de apetito, dificultar para conciliar el sueño... son entre otros los efectos que nos acompañan en mayor número desde que comenzó la pandemia.

Por franjas de edad podemos advertir que los jóvenes y las mujeres son dos de los grupos más afectados por esta situación.

Los más jóvenes han experimentado un aumento en el uso de tranquilizantes y ansiolíticos bastante importante, ya que se encuentran en una etapa de la vida muy marcada por las relaciones sociales, el descubrimiento de uno mismo, y las relaciones con los demás en general, hecho que se ha visto truncado durante el confinamiento, provocando en ellos incertidumbre y desasosiego, además si tenemos en cuenta que algunos de ellos están a punto de tomar decisiones trascendentales en sus vidas, el cóctel es perfecto.

En cuanto al género, podemos destacar que las mujeres son las que vuelven a declarar que han estado experimentando los mismos síntomas durante la pandemia y ahora en la actualidad, aproximadamente un 89% de ellas lo sigue sufriendo.

5 Discusión-Conclusión

Considero muy necesaria una adecuada salud mental, el estar bien a nivel emocional es determinante para el buen funcionamiento de nuestras vidas, y si tenemos en cuenta que cuando la salud mental se resiente pueden aparecer otras patologías que se van uniendo a otras ya existentes más todavía.

Creo que el aumento de consumo de medicamentos para aliviar el estrés, la depresión, la falta de conciliar el sueño etc es un indicativo de que algo estamos haciendo mal como sociedad.

Una vez más las mujeres se ven golpeadas en mayor porcentaje que los hombres en cuanto a sufrir efectos psicológicos del covid.

6 Bibliografía

1. Mundo farmacéutico abril 2022.
2. Correo farmacéutico abril 2022.

Capítulo 309

ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

ANA PÉREZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El departamento de Admisión y Documentación Clínica es el servicio encargado de organizar dentro de la Atención Primaria y Atención Especializada de las áreas de salud, la coordinación, la ordenación, y la priorización de las acciones de se dan en relación a la asistencia médica con la finalidad de conservar la eficacia en el uso de los recursos existentes y la cohesión en organizar frente a los pacientes y en su proceso de asistencia médica, ofreciendo a todos por igual una presentación efectiva.

Po otra parte, de hace necesario estar en disposición de ofrecer sistemas de información fiables, homogéneos y suficientes, que ofrezcan la posibilidad de eficacia en los servicios de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento y el uso y control en la demanda de asistencia, ofreciendo garantía en la intimidad y la protección de datos de los pacientes.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es el que forma este engranaje de apoyo al funcionamiento hospitalario y se basa en el concepto de gestión de pacientes como el servicio responsable hacer la gestión en el flujo de pacientes a lo largo de los diferentes servicios que ofrece la Gerencia de Atención Integrada, encargado también de la tramitación de la documentación clínica y de generar la información asistencial.

2 Objetivos

Establecer las diferentes funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica en el servicio de Atención Ambulatoria.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este artículo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed y Google Academy introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio. Tras llevar a cabo la búsqueda, se han encontrado artículos publicados en inglés, portugués y español. Finalmente se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información y descriptores establecidos.

4 Resultados

En la organización del servicio se hace indispensable tener disponibles una serie de requisitos y de instrumentos básicos de organización y de infraestructuras:

- Elaborar programas de formación continua para el personal administrativo encargado de los servicios.
- Definir y crear ficheros. hacer una elaboración de registros acordes a la información que se va a manejar.
- Establecer unos circuitos internos para controlar los procesos y comunicarse con los distintos servicios.
- Desarrollar un software con el fin de ofrecer un apoyo en el trabajo interno de los servicios, este software debe poder modificarse y estar abierto a cambios y actualizaciones en el tiempo para adaptarse a las necesidades de cada servicio.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica, debe evaluarse periódicamente atendiendo a la eficacia de los resultados obtenidos y a su capacidad de gestión. La evaluación continua hecha por medio de los indicadores de calidad y de actividad, incluyen también a los servicios clínicos, favoreciendo un sistema de gestión compartida con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica y con las unidades asistenciales

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica va a regular y programar la accesibilidad a la atención sanitaria ambulatoria y hospitalaria al igual que el ac-

ceso a centros de especialidades que dependen de él. En esta gestión se incluye la atención en las consultas externas, los procedimientos diagnósticos terapéuticos que requieren de cita previa y el hospital de día.

Las competencias de los auxiliares administrativos en relación a la atención ambulatoria van a ser:

- Programar y gestionar las agendas médicas.
- Gestionar las solicitudes de citas.
- Dar difusión a la gestión que se ha programado.
- Registrar la gestión.
- Tratamiento de la historia clínica.

5 Discusión-Conclusión

Gestionar los pacientes en el área ambulatoria es, sin lugar a dudas una de las tareas que más cambian y crecen constantemente en la Atención Especializada. En primer lugar, en las pruebas diagnósticas y terapéuticas ambulatorias y en las consultas externas se da un crecimiento muy grande de la demanda, al mismo tiempo que una mayor preocupación política y social de las listas de espera. Esta situación hace que el hecho de adquirir garantía de cita previa, cobre un gran protagonismo.

Vemos muy lejano aún en nuestro país el registro de la demanda en los servicios ambulatorios con los datos clínicos que hagan más efectiva la valoración de las listas de espera.

6 Bibliografía

- López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
- Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
- Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. Cuadernos de bioética, 17(1), 57-68.
- Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. Papeles Médicos, 10(1), 24-31.
- Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L., & Suárez, P. (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles médicos, 19(2), 4.
- Díaz Rojo, J. A. (2001). La terminología médica: diversidad, norma y uso.

- Asenjo, M. A., Bohigas, L. L., Trilla, A., Prat, A., Arbués, M. T., Ballesta, A. M.,... & Lobo, A. (1999). Gestión diaria del hospital. *Revista española de salud pública*, 73, 417-419.
- Soler, M. M., & Vasallo, J. M. (2007). Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. *Enfermería global*, 6(1).

Capítulo 310

LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA EN LOS PROFESIONALES DE LAVANDERÍA

MONICA MARTINEZ COSIO

1 Introducción

Todo trabajador se encuentra expuesto a sufrir problemas en su salud física a causa de malas posturas, sobrecargas u otras acciones. El servicio de lavandería hospitalaria no es distinto, por lo que hay profesionales que sufren de dolores o problemas en su salud a causa de adoptar posturas inadecuadas o realizar una sobrecarga.

La ergonomía va a ser la encargada de adaptar las capacidades y posibilidades del ser humano al trabajo que se está desempeñando. Se puede entender como “el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona” tal y como nos dice la Asociación Internacional de Ergonomía.

Hay que tener en cuenta que las personas son cambiantes, por lo que las adaptaciones deben ir ajustándose a las personas que están ejerciendo el trabajo.

Una buena aplicación de la ergonomía ayudará a tener una mejor calidad de vida laboral, mejorando las condiciones de trabajo y su desarrollo personal.

En este capítulo se va a enlazar el concepto de ergonomía con el trabajo de lavandería hospitalaria, a lo largo del mismo se irán detallando algunas recomendaciones que se deben tener en cuenta a la hora de realizar tareas generalizadas que se harían en una jornada laboral.

2 Objetivos

-Conocer las tareas generales que se realizan en la lavandería hospitalaria e identificar las posibles mejoras desde la ergonomía del trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha ido recopilando información de diversas fuentes, en concreto del cuaderno de prevención “La ergonomía en las lavanderías”.

La búsqueda se ha realizado a través de Google Académico y Dialnet, utilizando las palabras claves “ergonomía” y “lavandería hospitalaria”.

4 Resultados

En las lavanderías se hace la tarea principal de la limpieza de la ropa y dependiendo de la envergadura que tenga el servicio se puede diferenciar entre autoservicio, establecimientos reducidos o industriales.

La lavandería hospitalaria se categorizaría dentro de la industrial, ya que se mueven grandes cantidades de ropa, en este caso, de hospitales.

El proceso por el que se lleva a cabo la limpieza de la ropa puede ser en gran medida manual o tener un gran nivel de automatización.

Como cualquier trabajo, los trabajadores que ejercen en las lavanderías hospitalarias se encuentran expuestos a una serie de riesgos ergonómicos debido a los sobreesfuerzos que se puede realizar cuando se manipulan manualmente cargas, se hacen movimientos repetitivos o se fuerzan una serie de posturas. Para poder hacer frente a dichos riesgos, es necesario conocer las medidas preventivas que se deben incorporar en nuestro lugar de trabajo, ya que con ellas lograremos reducir la carga física en las principales tareas que se realizan en este sector.

-Recepción y traslado de la ropa: disponer de medios mecánicos para poder facilitar el vaciado de los sacos, limitar la profundidad de los carros, utilizar carros abatibles, transportar la ropa en soportes móviles o cubos con ruedas, disponer de mesas de trabajo con ruedas para evitar coger la ropa desde el suelo y llevar un mantenimiento de las ruedas de los equipos móviles.

-Preparación de las lavadoras: utilizar dosificadores automáticos, usar el transpaleta para poder colocar los envases de los productos que se usan...

-Carga y descarga de lavadoras y secadoras: utilizar carros que tengan fondo móvil para poder coger la ropa siempre desde la misma altura, intentar que las

lavadoras se encuentren a una altura adecuada, asegurar de no realizar un sobreesfuerzo (no más de 25,5kg/fuerza) y dotar siempre que se pueda a las lavadoras de carga automática de la ropa.

-Planchar y doblar la ropa: disponer de maquinas de planchado y doblado automáticas, tener tablas de planchar regulables, sillas de tipo semisentado de altura regulable y con la base estable, en algunas ocasiones apoyapiés (alternar un pie con el otro) y utilización de equipos auxiliares para transportar la ropa de un equipo a otro.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de lavado de la ropa sucia de los hospitales conlleva una serie de riesgos para los trabajadores que se encuentran realizando sus labores en las distintas áreas de la lavandería.

Para que el trabajador minimice los riesgos que puede sufrir en su puesto de trabajo, se deben tener en cuenta las recomendaciones que se dan desde la ergonomía del trabajo, que se centra en las tareas propias y enumeran una serie de medidas preventivas que pueden ayudar al trabajador a tener una mejor salud e el trabajo.

Por último, cabe destacar que el proceso de automatización puede ayudar a reducir la carga física que sufre el trabajador a la hora de desempeñar algunas funciones.

6 Bibliografía

Quaderns de prevenció: La ergonomía en las lavanderías

Capítulo 311

MANIPULACION CORRECTA DE CARGAS POR PARTE DEL CELADOR Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SARA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

Comenzaremos con unas definiciones de los términos presentes en el capítulo:

Carga: es cualquier objeto susceptible de ser movido cuyo peso sobrepase los 3 kg .

Manipulación manual de cargas: se refiere al transporte o sujeción de la carga por parte del trabajador, pudiendo ser por arrastre o levantamiento.

Manipulación mecánica de cargas: se refiere al transporte o sujeción de cargas mediante equipos mecánicos como carretillas o grúas.

La manipulación incorrecta de cargas por parte de los trabajadores es responsable de distintas lesiones que pueden cronificarse , cortes, fracturas, golpes y magulladuras.

La manipulación de cargas en los trabajadores se ha de realizar correctamente para evitar lesiones en distintas partes como brazos, hombros, espalda. Estas lesiones pueden conducir a bajas laborales y pueden provocar afecciones crónicas. Suponen un gasto grande en bajas, consultas, pruebas diagnósticas, tratamientos médicos y terapias de rehabilitación.

La correcta manipulación de cargas evita muchas lesiones y los efectos anteriormente mencionados.

En ocasiones las cargas no se pueden movilizar manualmente y se requiere ayuda mecánica.

El riesgo de lesión debido a la manipulación manual de cargas aumentan cuando los trabajadores carecen de la formación e información precisa para la realización de los trabajos de forma segura.

El empresario está obligado a proporcionar formación a los trabajadores para realizar el trabajo de forma segura y además los medios mecánicos que en cada caso se precisen.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es presentar la forma correcta para manipular cargas de forma que se eviten lesiones en trabajadores como el celador y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

También queremos dar a conocer las consecuencias físicas y económicas de mover las cargas de manera inadecuada.

3 Metodología

Para la redacción de este capítulo, se ha hecho en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se hace una búsqueda sistemática de libros y se consultan artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo, utilizando palabras claves: como celador, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, movilización de cargas, lesiones.

4 Resultados

Vamos a exponer los métodos correctos para manipular las cargas:

Las cargas han de llevarse cerca del cuerpo preferiblemente a la altura de los codos.

Para levantar cargas que estén en el suelo se utilizarán más los músculos de las piernas y se observarán las siguientes instrucciones: los pies se mantendrán firmemente apoyados en el suelo y separados una distancia equivalente a la anchura de los hombros. Se flexionan las rodillas manteniendo la espalda recta en todo momento. Además no se debe girar el tronco ya que se resentiría la espalda. Levantaremos la carga sin tirones bruscos y pegada al tronco agarrándola firmemente.

Si hay que depositar la carga en un lugar elevado por encima de los hombros, deberemos hacerlo en dos fases, apoyando la carga en un punto intermedio. Dependiendo del volumen de la carga es posible que necesitemos ayuda de un compañero o ayuda mecánica.

El peso máximo a mover en general es de 25 Kg, en casos de trabajadoras o trabajadores mayores, se reduciría a 15 kg. En ocasiones determinadas algunos trabajadores pueden levantar cargas de hasta 40Kg pero de manera excepcional. En estos casos se debería recurrir a la ayuda de compañeros o ayuda mecánica.

Siempre que sea posible es mejor empujar la carga que levantarla para depositarla en otro sitio.

En el levantamiento vertical de la carga la altura ideal sería 25 cm y siempre que sea posible entre la media pierna y los codos. No es recomendable hacer levantamientos por encima de 1,75 metros.

En las cargas no sólo es importante el peso sino también la forma. Las cargas muy anchas repercuten negativamente en los brazos, si tienen mucha profundidad se ve resentida la espalda y si son muy altas es posible que dificulte la visibilidad, lo que puede acarrear caídas.

La temperatura de los locales así como la ausencia de corrientes, también ha de estar en unos rangos para proporcionar unas condiciones favorables de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores de la sanidad, en especial celadores y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, tienen que enfrentarse en muchas ocasiones a la movilización de cargas, ya que su trabajo incluye el transporte en almacenes y la reorganización de éstos.

El empresario debe facilitar formación e información en este ámbito a los trabajadores así como suficientes medios humanos y mecánicos. Esa formación será basada en la forma correcta de realizar las movilizaciones, pesos máximos y también sobre las consecuencias de no hacerlo.

El no seguir estas indicaciones por parte de los trabajadores pueden derivar en lesiones y accidentes que originan bajas y en ocasiones tratamientos largos y cronificación de patologías que redundan en una merma de la calidad de vida del trabajador y gastos derivados de los tratamientos.

6 Bibliografía

<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-10-movilizacion-de-cargas.html>

<https://www.insst.es/manipulacion-manual-de-cargas>

Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorso lumbares, para los trabajadores

Capítulo 312

EL CELADOR Y SU CALIFICACIÓN COMO PERSONAL SANITARIO

FELIPE HERNÁNDEZ SALAS

1 Introducción

Desde el punto de vista sanitario el celador es aquel que colabora íntegramente para que el procedimiento de atención sea eficiente y eficaz para la atención del paciente. Adicionalmente es el primero en tener contacto directo con el paciente, cuando este se recibe en el área de urgencias, sin discriminar el tipo de patología que trae el paciente, puede ser un enfermo común, terminal o con alguna enfermedad de transmisión inmediata, el cual expone de forma directa e indirecta la salud del celador. Es por ello la gran importancia que tiene que el celador se prepare profesionalmente para atender cualquier circunstancia que se le pueda presentar desde el ámbito médico, psicológico y/o físico (peso del paciente).

La actividad que realiza el celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinario que integra el sistema sanitario para la atención efectiva del paciente, además de estar cualificados profesionalmente y por tener una formación adecuada para ello. Es la primera imagen del equipo sanitario de trabajo para los pacientes en urgencias y emergencias, atendiéndolos y orientándolos adecuadamente.

2 Objetivos

- 1) Desarrollar la figura del celador como sanitario destacando sus funciones básicas con el paciente.
- 2) Analizar los factores para la calificación de personal sanitario.

3 Metodología

La metodología utilizada en el siguiente capítulo científico está basado en el análisis y revisión bibliográfica de artículos científicos publicados, libros, y diferentes documentos.

Del mismo modo, se han empleado en esta revisión bibliográfica, artículos de diferentes publicaciones, asimismo, se han revisado bases de datos como: Dialnet, Scielo, PubMed, Elsevier y buscadores como Google.

4 Resultados

Haciendo un análisis de los textos bibliografías y de la regulación legal que han llevado a la calificación del Celador como personal no sanitario, es oportuno detenernos a analizar las funciones del celador, las mismas están establecidas en el artículo 14 del Estatuto de Personal No Sanitario.

Las funciones del Celador son las siguientes:

- ☒ Desplazarán a los pacientes dentro del recinto hospitalario como a las ambulancias.

- ☒ Vigilarán las entradas de las instituciones sanitarias para que solo puedan ingresar las personas autorizadas.

- ☒ Gestionarán y trasladarán sin demora las comunicaciones verbales, correspondencias, documentación y/u objetos que les sean encargados por los superiores, asimismo, trasladarán de un servicio a otro los mobiliarios, enseres y/o aparatos que se les requiera.

- ☒ Realizarán las guardias según el cuadrante que correspondan y los turnos establecidos por los superiores.

- ☒ Desarrollarán extraordinariamente las labores de limpieza que les sean encomendadas, dependiendo de la dificultad de manejo y pesos de los objetos.

- ☒ Atenderán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso inadecuado de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles al correcto manejo de las cortinas, persianas, y útiles de servicio en general.

- ☒ Se desempeñarán como ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.

- ☒ Vigilarán en el turno nocturno, dentro como en el exterior del edificio, que las puertas de servicios complementarios estén cerradas.

☒ Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.

☒ Rendirán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontrasen en la limpieza y conservación del edificio y material.

☒ Vigilarán, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes, evitando que estos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución.

☒ Harán cumplir las normas, en cuanto a que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.

☒ Apoyarán a las Enfermeras y Ayudantes de Planta al movimiento en el traslado de los enfermos ingresados que requieran un trato especial, debido a su estado de salud e impedimento para movilizarse, para hacerles las camas.

☒ Excepcionalmente frente a la ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requieran.

☒ Apoyarán a las Enfermeras o personas encargadas a amortajar a los fallecidos.

☒ Eventualmente cuando concurren circunstancias especiales el enfermo, no pueda este ser movido sólo por la enfermera o enfermero, apoyarán en la puesta y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de los enfermos.

Analizando las funciones generales del celador, es de suma importancia concluir que a título de quien suscribe el presente capítulo, se debería dar la calificación de personal sanitario, siendo el celador él encargado de vigilar que todos los procedimientos del centro se lleven a cabo de la forma correcta y velar por el bienestar de los pacientes. Para desarrollar este tipo de actividades es importante que se ponga en práctica la formación profesional continua del celador, en donde es necesaria la preparación psicológica, física y mental, para determinar frente a qué tipo de paciente se encuentra y poder establecer la comunicación correcta con él y sus acompañantes, hasta su paso por admisión, triaje y su lugar de atención específico.

5 Discusión-Conclusión

Analizando los factores para calificar al celador como profesional sanitario, es importante comenzar por aclarar quienes son profesionales del área sanitaria y el porqué de su cualificación, es por ello, que los profesionales sanitarios son aquellos quienes ostentan los títulos de formación profesional o certificados equivalentes, bien derivados de universidades o centro de formaciones profesionales, que lo califican como profesionales.

Los celadores pueden movilizar desde mobiliario hasta pacientes, realizan en su mayoría funciones sanitarias sin tener la calificación para ello, es sorprendente que sean los celadores los primeros en recibir a un accidentado, sean los que cuidan a los enfermos mentales, trasladan a los niños en la unidades infantiles, ayudan a lavar a los enfermos de paliativos, en condiciones terminales, manipulan medicamentos peligrosos, a veces abrasivos, cancerígenos, etc etc, y estos profesionales no se les califique como sanitarios, cuando su formación debe ser tan completa como por ejemplo la de un auxiliar de enfermería, sin la labor que realiza el celador, no habría continuidad en la cadena de atención sanitaria al paciente.

Finalmente es oportuno y pertinente que haya un reconocimiento ya del celador como profesional sanitario y con ello poner en práctica su formación profesional completa.

6 Bibliografía

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Celadores Online Blog. Origen, Funciones y Actualidad de este colectivo de Trabajadores de la Salud.

Capítulo 313

EL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS MÉTODOS DE PREPARACIÓN DEL PESCADO

MARIA YOLANDA MARTINEZ ORVIZ

1 Introducción

Como características generales destacamos que el pescado es un pez comestible y que este se entiende como el animal vertebrado que vive en el agua y como alimento aporta un gran aporte de proteínas , tiene carnes blandas y poco resistentes al fuego.

En épocas muy lejanas como las del imperio egipcio se consumía mucho pescado fresco capturado en el Nilo, incluso para aquellas gentes se trataba de un pasatiempos ir a pescar.

En aquellas épocas no existían neveras o cámaras frigoríficas que permitiesen conservar el pescado apto para el consumo, con lo que empezaron a utilizar técnicas de conservación como el ahumado, salazón, incluso sumergiendo las carnes del pescado en vinagre, técnicas por otra parte que se siguen utilizando en la actualidad, incluso en la alta cocina, porque en muchos casos logra sacar sabores más intensos o característicos a ciertos pescados.

Como nota histórica curiosa, destacamos la historia transcurrida en la Francia del siglo diecisiete, un sirviente de la casa del príncipe de Conde se suicidó, en 1671 para ser más exactos, aparentemente porque a pesar de viajar a toda velocidad desde la costa, el pez que su amo esperaba llegó muerto a su mesa, hecho que hizo encolerizar al Conde.

2 Objetivos

Describir los diferentes métodos básicos de cocinado y preparación del pescado.

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

Cabe destacar que existen diferentes métodos de preparación para el pescado, a continuación hablaremos de las básicas que se utilizan a diario en la cocina de un hospital, ya que este producto rico en proteínas formará parte de muchas dietas servidas. Para describir los métodos de preparación debemos englobar la presentación, el fraccionado y los métodos básicos de cocinado:

1)Presentación: la ración media de pescado es de unos 150g, limpia, sin piel y espinas; si llevan lo anterior descrito el peso podrá ascender hasta los 200g.

2)Fraccionado: son los diferentes cortes que se le hacen al pescado, preparando a este para su posterior cocinado.

-Ración, piezas de 200 a 250g que se presentan con piel.

-Piezas pequeñas sin cortar, pescados pequeños que se cocinan enteros, limpios pero con piel y cabeza.

-Piezas para bufé, pescados preparados enteros de gran tamaño.

-Pescados troceados, troceados en tacos principalmente, estos cachos de pescado se pueden macerar.

-Rodajas, corte vertical de pescados cilíndricos , va con piel y espinas, entre 200 y 225g de peso cada porción.

-Trancha, igual a la rodaja, pero de pescados planos.

-Filetes, aplicado a pescados planos, puede ir con piel pero siempre sin espinas.

3) Métodos básicos de cocinado: se refiere a las diferentes formas de elaboración de los pescados, entre las que destacan:

-Hervidos, se trata de introducir el pescado en agua, caldo o fumet a una temperatura cercana a la ebullición, con el fin de que se cocine hasta su interior; es un método de cocinado muy respetuoso con el pescado y que le permite conservar todas sus propiedades. Muy utilizado en la cocina hospitalaria.

-Frito: se sumerge el pescado en una grasa caliente, principalmente aceite a alta temperatura, en muchas ocasiones el pescado se puede proteger con rebozo(se pasa primero por harina y después por huevo batido). El pescado suele quedar muy sabroso.

-Horno, en este caso se utilizan temperaturas entre 140 y 200 grados centígrados, con poca grasa. Se suele utilizar para piezas grandes.

5 Discusión-Conclusión

El pescado es un producto fundamental en las cocinas de hospital, que requiere una buena manipulación para conservar su calidad, por lo que es importante que el personal de cocina hospitalaria pueda estar suficientemente instruido para interpretar las características frescas de un pescado fresco (buen olor, aspecto brillante, escamas fuertes, ojos transparentes, etc.)

También nos gustaría proponer la modificación de los menús del hospital, en muchos casos siempre son los mismos sin apenas variaciones, en donde se tenga en cuenta la estacionalidad de los pescados; esto permitiría ofrecer pescados de mayor calidad, fresca y en muchos casos un abaratamiento de las materias primas.

6 Bibliografía

<https://asaopescao.cl/el-pescado-a-lo-largo-de-la-historia-y-la-prehistoria>
<https://pescadosymariscos.consumer.es/consejos-culinarias/tecnicas-culinarias-mas-apropiadas-para-el-pescado>
http://www.gastrosoler.com/pagina_nueva_143.htm
<https://www.info geriatria.com/eventos/webinar-pescado-fresco-alimentacion-hospitalaria#>

Capítulo 314

ENFERMEDAD DE KIENBÖCK DESDE EL PUNTO DE VISTA REHABILITADOR DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

LAURA DE ANA CALVO

NOEMI BORIS DÍAZ

SARA LÓPEZ RODRÍGUEZ

MARIA ARIS FERNANDEZ FERNANDEZ

MARIA DEL ROSARIO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La enfermedad de kienböck, llamada también lunaritis u osteonecrosis pos-traumática del semilunar del carpo. Es una enfermedad rara de causa desconocida, aunque lo más probable es que sea causada por una combinación de factores y no un único responsable que provoque la necrosis avascular del hueso semilunar por falta de irrigación sanguínea, de ese modo altera la morfología del hueso. Hay 3 tipos de factores;

- Mecánicos; tener un cúbito corto y un semilunar con una anatomía determinada.
- Traumáticas; fracturas y traumatismos, un alto porcentaje de pacientes tienen un antecedente traumático, pero no se sabe con certeza si es causa o consecuencia de la enfermedad.

- Vasculares; el semilunar tiene un riego sanguíneo muy bajo y a veces tienen uniones sanguíneas (anastomosis)

Independientemente del factor, la enfermedad comienza con un dolor en la región del hueso semilunar del carpo y aumenta de manera gradual, muchas veces sin que haya habido traumatismo, el dolor radica en la zona dorsal de la muñeca por su línea media.

Además de los signos y síntomas descritos en el comienzo de la enfermedad, puede haber inflamación leve o edema, limitación articular, disminución de la fuerza, hipersensibilidad de la muñeca, e incluso pérdida de masa muscular del antebrazo.

En ocasiones puede provocar el síndrome del túnel carpiano (STC), con hormigueos en los dedos.

Esta enfermedad es más frecuente en la mano dominante del sexo masculino, entre 20-45 años, sobre todo si realizan trabajos manuales pesados. Sólo un 10 % de casos es bilateral.

La clasificación más utilizada es la de Lichtman y tiene 4 estadios clínicos - radiológicos;

- Estadio I: El semilunar se aprecia en RNM de diferente densidad por la falta de sangre, mientras que en radiografía su morfología y densidad es normal.
- Estadio II: ya aparece la esclerosis radiológica con morfología normal
- Estadio III: El semilunar está fragmentado y ensanchado y se distinguen dos subtipos;
 - IIIA; sin colapso del carpo, el carpo mantiene su altura
 - IIIB; con colapso del carpo o rotación fija del escafoides
- Estadio IV: el semilunar está desintegrado y hay degeneración artrósica radio y mediocarpiana. Existen dos tipos de tratamientos donde el médico responsable, pauta en función de como se encuentre la articulación, estos tratamientos son el conservador y el quirúrgico.
- Tratamiento conservador; consiste en el uso de una órtesis rígida temporal en posición funcional de la muñeca y el uso de antiinflamatorios para aliviar los síntomas. El entablillado de la muñeca puede disminuir la presión sobre el semilunar, aliviando el dolor y mejorando el flujo de la sangre.
- Tratamiento quirúrgico; depende del estadio radiológico y de la demanda funcional del paciente.

En los estadios;

- I, II, IIIA se realizan medidas de descompresión y revascularización.

Las técnicas de descompresión consisten en realizar osteotomías acortando el radio o el hueso grande o también alargando el cúbito, así disminuyendo la so-

brecarga del semilunar

- IIIB técnicas de descompresión y paliativas

Las técnicas de revascularización consisten en hacer colgajos vascularizados para aportar sangre y células óseas vivas (por ejemplo con un implante de vaso sanguíneo o injerto óseo en el pedículo vascular). Dichas técnicas se pueden hacer solas o con osteotomías y están contraindicadas en estadios IIIB y IV.

- IV solo medidas paliativas

Las medidas paliativas son para los estadios más avanzados y nos encontramos varios tipos:

- La carpectomía proximal; resección de la fila proximal del radio resecando los 3 primeros huesos que forman la primera hilera de la muñeca (escafoides, semilunar y piramidal), que para poder hacerlo la superficie articular de la cabeza del hueso grande y la carilla semilunar del radio estarán en buen estado. Esta técnica se realiza a personas con baja demanda funcional de la muñeca.

- La artrodesis; consiste en fusionar una articulación y en la muñeca puede hacerse de forma total o parcial (ésta última indicada en estadios II y III). Pueden fusionarse varios huesos y hay diferentes técnicas;

- La artrosis escafo-trapecio-trapezoidea, es la técnica más utilizada para descomprimir el semilunar.

- Artrodesis del hueso grande con el escafoides o con el ganchoso; también muy usada

La operación Garner II; consiste en extirpar el semilunar, a través de la osteotomía de alargar el hueso grande con injerto y hacer una artrodesis del hueso grande con el escafoides y/o el ganchoso.

La artrodesis total de muñeca; es el último recurso para aliviar el dolor. Consiste en fusionar el radio con el carpo, perdiendo la extensión y flexión de la muñeca (en estadios avanzados ya disminuida). Indicada en pacientes con alta demanda funcional en estadios IIIB y IV. Dicha técnica suele dar buenos resultados, disminuye el dolor y promueve la ganancia de fuerza.

Una técnica paliativa es la denervación de la muñeca que consiste en lesionar varias ramas nerviosas para disminuir el dolor, se realiza sola o complementaria a otras técnicas.

La artroscopia de muñeca ayuda a diagnosticar y es la mejor técnica para ver las superficies articulares. Con dicha técnica también se puede realizar un desbridamiento (limpieza) de las zonas necróticas y aliviar los síntomas.

Los tratamientos no quirúrgicos rara vez son eficaces.

El postoperatorio depende del tipo de cirugía realizada. En la mayoría descritas anteriormente, se coloca una férula en el antebrazo entre 2 y 4 semanas. Poste-

riormente se empieza la rehabilitación para recuperar cuanto antes la movilidad, evitando esfuerzos durante 8 semanas.

Es de gran importancia e imprescindible el tratamiento rehabilitador, sobre todo el post-quirúrgico para un buen resultado funcional, llevado a cabo por terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y médico rehabilitador.

La enfermedad de Kienböck se descubrió en 1910, pero aún en la actualidad no se ha logrado encontrar el origen fisiopatológico verdadero, lo que conlleva que el paciente no tenga una buena calidad de vida, por eso se debería estudiar a fondo.

2 Objetivos

- Conocer la función del terapeuta ocupacional en la enfermedad de Kienböck

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 enfermedad de Kienböck es una enfermedad donde se produce la necrosis avascular del hueso semilunar por falta de riego sanguíneo, alterándose la morfología del hueso, llegando a provocar que tengan que retirar mediante operación quirúrgica el hueso necrosado.

Todo esto conlleva que la movilidad de la muñeca disminuya notablemente, causando dolor, y repercutiendo en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)), en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de la persona, en su ámbito laboral y social. Por ello es importante diagnosticar rápidamente esta enfermedad para intentar tratarla lo antes posible mediante tratamiento médico y rehabilitador, y en lo posible retrasar su desarrollo.

El terapeuta ocupacional entrenará al paciente para que sea lo más independiente posible en sus actividades de la vida cotidiana (aseo, uso del wc, comida...) y realizará ejercicios adaptados de forma individualizada para que movilice sus articulaciones de la muñeca, mano y dedos, para que consiga mayor fuerza y

mejore su destreza y motricidad fina. Siempre se realizará bajo nuestra supervisión y el paciente no deberá sentir dolor, aunque sentirá molestia.

Se le pautan ejercicios de flexo-extensión de muñeca, al principio sin peso y se le irá aumentando progresivamente. También realizará ejercicios con las diferentes pinzas con los dedos para ir consiguiendo fuerza, añadiendo ejercicios de destreza. No podemos olvidarnos de trabajar la sensibilidad, ya que muchos pacientes la tienen afectada y sienten hormigueo y parestesias.

La enfermedad de Kienboeck es una enfermedad rara. Muchas veces su causa es desconocida y no existen muchos estudios sobre dicha enfermedad. Los pocos estudios que existen son bastante actuales pero sin que haya un seguimiento de cada paciente en el futuro, para comprobar como evoluciona su clínica.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de dicha enfermedad se realiza mediante una buena exploración clínica y con estudios por imágenes, siendo la resonancia nuclear magnética (RNM), la tomografía axial computarizada (TAC) y la gammagrafía las más sensibles.

Las radiografías simples pueden ser normales en los primeros estadios, pero en estadios avanzados ya muestran variantes morfológicas óseas, se ve como el hueso comienza con una esclerosis (cambios en su densidad) y posteriormente como el hueso se va fragmentando y llega al colapso.

La RNM es la prueba más fiable para evaluar el flujo sanguíneo del semilunar, permitiendo un diagnóstico precoz de la enfermedad y también evalúa tras la cirugía los resultados.

La TAC permite valorar la estructura ósea de manera más precisa.

Se debe realizar un diagnóstico diferencial, ya que hay síntomas y pruebas radiológicas similares como; ganglión intraóseo, isquemia transitoria del semilunar, sinovitis de muñeca, artritis, osteocondritis disecante del semilunar, síndrome de impactación cúbito-carpiano, fractura del semilunar (poco frecuente) y tendinitis extensora.

Una vez realizado el diagnóstico correcto, el paciente es derivado a la consulta del médico rehabilitador el cual le pone tratamiento de terapia ocupacional, entre otros.

Cuando el paciente llega a nuestras manos se le hace una valoración. Se le aconseja mediante economía articular la forma adecuada de realizar las actividades de la vida diaria en su caso, de esta manera no forzará sus articulaciones. También

se le muestran las diferentes ayudas técnicas que pueden ayudarle en su vida cotidiana.

En la sala de rehabilitación el paciente realiza ejercicios sin dañar su muñeca, pero mejorando sus rangos articulares dentro de sus posibilidades y su fuerza, motricidad fina y destreza.

La importancia de este estudio es dar a conocer la enfermedad de Kienböck y que haya más investigaciones y estudios sobre ella, ya que dicha enfermedad no es conocida, ni siquiera en el colectivo sanitario.

Nuestro propósito es intentar aliviar el dolor al paciente y lograr una máxima independencia funcional, por ello es importante una rehabilitación conservadora y post-quirúrgica con tratamientos adecuados.

6 Bibliografía

- 1.Unidad de cirugía de mano y muñeca [Internet] [citado en 16]. Disponible en :<https://cirugiadelamano.es/enfermedad-de-kienbock/>.
- 2.Manual MSD. Versión para profesionales. Enfermedad de Kienböck [Internet] [citado may. 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquel%C3%A9tico-y-conectivo/enfermedades-de-la-mano/enfermedad-de-kienb%C3%B6ck/>.
- 3.Manual MSD. Versión para público en general. Enfermedad de Kienböck [Internet] [citado abr. 22]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-de-los-huesos,-articulaciones-y-m%C3%BAsculos/trastornos-de-la-mano/enfermedad-de-kienb%C3%B6ck/>.
- 4.Como tratar dolor de muñeca por la enfermedad de Kienböck. [Internet]. Disponible en: <https://hospitalveugenia.com/blog/consejos-de-salud/dolor-de-muneca-enfermedad-de-kienbock-tratamiento-necrosis-avascular-traumatologo/>.
- 5.Enfermedad de Kienböck: artículo monográfico. Revista sanitaria de investigación [internet] [citado 12 nov. 21]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermedad-de-kienbock-articulo-monografico/>
- 6.Enfermedad de Kienböck: dolor de muñeca incapacitante [Internet] [citado 13 may. 22]. Disponible en: <https://clinicayecla.es/salud/1572/>
- 7.S.Amillo-Garayoa, J.A.Illescas- Talavera, F.Flórez- Álvarez. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Vol.49. Núm 2. pag.106-111, (Marzo 2005). Ed. Elsevier.

Capítulo 315

LA ATENCIÓN PRIMARIA: LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS

VANESA ALVAREZ SOMIEDO

1 Introducción

la atención primaria es el primer nivel en lo que la atención sanitaria se refiere tiene que ser accesible para todos los habitantes y familiares de una comunidad , integral, continua, programada... se distribuye en zonas básicas de salud donde contribuye a la planificación y desarrollo de las funciones de promoción, prevención, educación, rehabilitación de la salud y trabajo social. la atención primaria se desarrolla en centros de salud y consultorios; podemos acceder a esta atención a través de tres vías: cita previa, visita urgente y visita programada; también se atiende la asistencia domiciliaria dentro de la atención primaria hay distintos profesionales que componen el personal sanitario(médico de familia, pediatras, enfermeras, matronas y auxiliares de enfermería) y personal no sanitario(trabajadores sociales, celadores y administrativos) también puede estar integrada con personal de apoyo(salud bucodental, psicólogos, fisioterapeutas..) cada uno tiene una función determinada dentro de y reciben el nombre de equipo de atención primaria. estos profesionales están estructurados por jerarquías se establecen las competencias profesionales en función de la carrera profesional y por las necesidades de la población. a y bajo la dirección de un coordinador médico que tiene el cometido de director del centro de salud, realizan un trabajo en equipo para llegar a realizar una asistencia eficiente, integral, descentralizada, permanente y continua.

2 Objetivos

Dar a conocer la atención primaria tanto por parte del personal sanitario como el no sanitario

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

podemos definir la atención primaria como la asistencia sanitaria esencial con evidencias científicas y procedimientos aceptables por la sociedad; es el primer eslabón para evitar un incremento de las enfermedades que deriven en la hospitalización de los pacientes a través de diagnósticos, curas y cirugías mayores, se debe asegurar el acceso de toda la población sin perjuicio de raza o condición social, facilitando la reinserción y rehabilitación de los menos favorecidos así como la educación de los pacientes en lo que a salud se refiere cambiando hábitos de vida. existen numerosos estudios que favorecen esta concienciación a través de cursos promovidos por la atención primaria. los profesionales que integran este sistema de salud son los encargados de llevar a cabo esas medidas. gracias a la atención primaria hay menos costes, menos demora en el diagnóstico y tratamiento favoreciendo una población más sana. a través de la atención primaria se puede evaluar de forma precoz el maltrato infantil, la sobrecarga de los cuidadores de pacientes dependientes, la posibilidad de suicidio en pacientes depresivos, la obesidad y la mala alimentación. la actual situación sanitaria derivada de la pandemia producida por el covid 19 supuso un reto para la atención primaria y sus profesionales proporcionándoles una sobrecarga de trabajo por cambios organizativos y nuevos roles; la cual fue resuelta de forma concluyente por estos profesionales. se quieren implantar diferentes mejoras en la atención primaria a través de la reorganización del sistema sanitario para tener una asistencia de mejor calidad y una atención más rápida sin colas de espera

El éxito de la Atención Primaria se basa en que la sociedad acepte la importancia que tiene y que los recursos empleados son los adecuados para mejorar los

resultados ante una enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

la atención primaria tiene un papel muy importante en la educación tanto individual como colectiva de las medidas de prevención y promoción de la enfermedad mediante un diagnóstico precoz durante toda la vida del paciente. todos estos profesionales tienen un objetivo común que es una mayor eficacia y satisfacción por parte del paciente evitando la morbilidad y la mortalidad de la población. los profesionales de la atención primaria tuvieron un papel muy importante en la pandemia actual (covid 19) ya que fueron los responsables de evaluar la patología que tenían los pacientes y el posterior seguimiento de la evaluación de la enfermedad

6 Bibliografía

<https://scielo.org/es/>

<https://www.elsevier.es/es-revista->

<https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 316

LA UNIDAD DEL PACIENTE

MARÍA TERESA GARCIA MENENDEZ

1 Introducción

Se denomina unidad del paciente al conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario. En una unidad de hospitalización habrá tantas unidades del paciente como número de camas. En las habitaciones con varias camas, cada unidad puede aislarse con biombos o cortinillas para asegurar y respetar la intimidad de la persona.

En los hospitales las habitaciones suelen tener 1 o 2 camas pero aunque no sean individuales cada paciente tiene su propio espacio. Las habitaciones de una sola cama suelen reservarse para pacientes que presenten gravedad en su estado general, patologías infectocontagiosas, operados con riesgo de ser contagiados, inmunodeprimidos, pacientes con algún tipo de alteración psíquica.

La patología y la edad del paciente son factores determinantes que hay que tener en cuenta en la organización y disposición de la unidad del paciente.

La situación ideal es poder disponer en cada planta de habitaciones individuales y habitaciones compartidas, para utilizar una u otra modalidad en función de las necesidades.

Podemos decir que la unidad del paciente es una óptima combinación del mobiliario, el espacio y material que poseen los pacientes durante su estancia en un centro hospitalario.

2 Objetivos

Determinar las características y los componentes fundamentales de la unidad del paciente y su importancia en el proceso de hospitalización.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de textos científicos revisados, consultando las principales bases de datos como Scielo, Pubmed y MedLine seleccionando contenidos sobre el tema de estudio utilizando para ello palabras clave como hospitalización, unidad del paciente, cama hospitalaria.

4 Resultados

Una unidad tipo está formada por:

- Cama hospitalaria.
- Accesorios para la cama: colchón, almohada, barandillas. etc.
- Lencería de cama.
- Ropa para el paciente: pijama, camisón, bata etc.
- Mesita individual.
- Silla o sillón para el enfermo y silla o sillón para el acompañante.
- Vaso.
- Palangana, cuñas o botellas.
- Piloto o luz de emergencia. Luz que permanece encendida por la noche para entrar en la habitación sin molestar al paciente.
- Timbre de alarma.
- Toma de oxígeno y toma de vacío.
- Pie para suero.
- Escabel.
- Armario ropero.
- Biombo o cortinillas para asegurar la intimidad del paciente,
- Útiles para el aseo personal.
- Material para movilizaciones: silla de ruedas, muletas, andador, etc.

CARACTERÍSTICAS

- La habitación debe tener el espacio suficiente para que los cuidados al paciente puedan hacerse de la mejor manera posible. En las habitaciones de dos o más camas debe existir un espacio mínimo de 1,20 metros. Entre la cama y la pared

lateral también debe existir un mínimo de 1,10 m. La altura de los techos mínima debe ser de 2,50 m.

- La luz natural es un elemento indispensable en las habitaciones de los enfermos.
- Cuando el hospital no disponga de aire acondicionado habrá que ventilar abriendo la ventana de la habitación (10-15 minutos día).
- Las paredes deben estar pintadas en colores claros y sin brillos, que no absorban la luz ni produzcan reflejos molestos.
- Las habitaciones deben ser tranquilas y sin ruidos, el personal sanitario utilizará calzado con suela de goma para que no haga ruido.
- La temperatura de la habitación debe oscilar entre los 20- 22°C, según las épocas del año.
- La humedad debe oscilar entre el 40- 60 % si bien existen patologías que requieren una disminución del grado de humedad.
- El mobiliario consta de: cama, mesita de noche, armario, silla o sillón, baño incorporado si es posible, toma de oxígeno, toma de aspiración e interfono.

5 Discusión-Conclusión

La unidad del paciente debe tener unas características determinadas que aseguren la comodidad y la seguridad del paciente durante su estancia en el hospital, se debe procurar que la habitación del paciente sea lo más agradable, limpia y cómoda posible. El estado de ánimo del paciente puede verse afectado por las características del espacio que ocupa, por tanto, la limpieza y la seguridad son dos factores trascendentales que ayudan y facilitan el proceso de recuperación del paciente. La unidad del paciente permite ofrecer a éste un lugar específico que le brinda seguridad y confort durante su estancia en el hospital, le ofrece además bienestar físico y material durante su recuperación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 317

MANIPULACIÓN DE CARGAS Y EL ELECTRICISTA DE UN CENTRO SANITARIO

JOSE IVAN VALDES NUÑEZ

1 Introducción

El electricista de un centro sanitario está expuesto a múltiples actividades que le pueden provocar algún daño físico, entre las que destacan principalmente el levantamiento de cargas, ya que es algo habitual y rutinario, no se suele tener en cuenta la realización de este levantamiento de cargas con el conocimiento y la técnica adecuada y en muchos casos esa repetición de gestos acaba en alguna lesión.

Cabe destacar que en todo centro de trabajo existe la necesidad y obligación de aplicar la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), modificada y actualizada por la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales.

Se entiende por prevención a todas las actividades o medidas adoptadas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos del trabajo y considera como los daños derivados del trabajo a las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

Por lo tanto los daños y lesiones sufridas por la manipulación de cargas no es un tema baladí al que no darle importancia, ya que es algo que puede repercutir negativamente en la calidad de vida de los trabajadores.

2 Objetivos

Describir los principales derechos que tiene el trabajador en materia de prevención de riesgos, describir los principales factores de riesgo en manipulación de cargas y las principales recomendaciones para prevenir la fatiga muscular y evitar lesiones musculoesqueléticas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es realmente importante que los trabajadores del entorno sanitario tienen unos derechos en materia de Prevención Laboral, avalados por la propia Ley de Prevención de Riesgos Laborales, entre los que destacan los siguientes:

- Ser informado directamente.
- Recibir una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada.
- Interrumpir su actividad y si fuera necesario abandonar el lugar de trabajo ante un riesgo grave e inminente para su vida o su salud.
- Vigilancia periódica del estado de salud en función de los riesgos inherentes al puesto de trabajo.
- Disponer de las medidas de protección específicas.
- Ser consultados y participar en todas las cuestiones que afecten a la seguridad y a la salud en el trabajo.

En relación los principales factores de riesgo, destacamos :

- 1)Características de la carga, en relación a su peso, volumen o su dificultad en su sujeción.
- 2)Condiciones de manipulación, que requiera un movimiento brusco o sujeción inestable.
- 3)Organización del trabajo, es un riesgo para la salud del trabajador cuando la manipulación de cargas y el esfuerzo para esto sea realizado de manera frecuente y prolongado en le tiempo.

Para evitar daños físicos en la manipulación de cargas es importante que el trabajador conozca una serie de recomendaciones o medidas preventivas, entre las que destacamos las siguientes:

- Evitar la manipulación manual de cargas mediante el uso de equipos para el manejo mecánico de las mismas.
- No sobrepasar los 25 kg (15 kg para trabajadores jóvenes, mujeres y mayores).
- La anchura de la carga no debería superar la anchura de los hombros.
- Evitar el levantamiento de cargas a nivel del suelo o por encima de los hombros.
- Habilitar el espacio de trabajo, para realizar la manipulación de las cargas en un sitio seguro y amplio en la medida de lo posible.

5 Discusión-Conclusión

Consideramos importante que el centro sanitario realice reuniones trimestrales, con el fin de conocer por parte de los trabajadores las condiciones de trabajo, contemplando la posibilidad de adecuar los espacios y maquinarias con el fin de minimizar el riesgo de daños por el levantamiento de cargas, un ejemplo práctico es la adquisición de grúas.

También es importante realizar cursos prácticos con las nuevas incorporaciones a la empresa, dando formación específica sobre prevención de riesgos, pero con un apartado sobre la correcta manipulación de cargas, también es importante la realización de cursos de adaptación y reciclaje para los trabajadores con más experiencia

6 Bibliografía

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>

https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/07/resumen_ley_prl.pdf

<https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/manipulacion-cargas-riesgos-medidas-preventivas>

Capítulo 318

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS ALMACENES GENERALES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO

CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA

MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN

LUIS SANTOS ROBLES

1 Introducción

Antes de comenzar con el desarrollo del tema de este capítulo titulado “La actuación del celador en los almacenes generales de los centros hospitalarios”, se van a definir una serie de conceptos sobre la materia a tratar para comprender de manera más amplia la lectura de este capítulo.

Los autores del “Manual de temario específico para la preparación de las pruebas selectivas de acceso a categoría de celador de Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública”, entienden la actividad de suministro como “El conjunto de tareas que tienen como finalidad aprovisionar de materiales al almacén y servicios sanitarios”.

Por otro lado, dichos autores definen el aprovisionamiento como “el conjunto de operaciones que se llevan a cabo para la adquisición de los bienes y/o servi-

cios necesarios para el buen funcionamiento de la actividad de una institución o empresa”.

La tarea de aprovisionamiento de un almacén hospitalario, tiene dos etapas. Por un lado, la precompra; la cual consiste en la detección de necesidades, búsqueda de proveedores, demanda de presupuestos y negociación con proveedores. Por otro lado la compra; esta etapa consiste en pedir la mercancía a proveedores, recepcionarla en el almacén y proceder a su pago.

En este capítulo se llevará a cabo una breve síntesis de las funciones que van a desarrollar los celadores de almacén durante su jornada laboral.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las funciones llevadas a cabo por los celadores adscritos a los almacenes generales de los centros hospitalarios.

Objetivos secundarios:

- Conocer los conceptos de suministro y aprovisionamiento.
- Conocer las dos etapas que conforma el aprovisionamiento del hospital, la etapa de precompra y la etapa de compra.

3 Metodología

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

Palabras claves: CELADOR, ALMACÉN, FUNCIONES, SUMINISTRO, APROVISIONAMIENTO.

4 Resultados

Los almacenes de los centros hospitalarios necesitan diferentes suministros para que el resto de unidades del hospital puedan desarrollar sus funciones y ejercer sus actividades de manera adecuada. Estos suministros pueden ser divididos en dos categorías: material no sanitario y material sanitario.

- Material no sanitario:

- Material y mobiliario de papelería, oficina e informática.
- Libros, revistas, publicaciones.
- Material de hostelería, como menaje de plástico...
- Mobiliario para las habitaciones de los pacientes, los despachos de consultas, zonas de estar del personal...
- Material sanitario: haciendo alusión al conjunto de instrumentos y elementos utilizados en la actividad sanitaria asistencial.
- Instrumental de curas, quirúrgico, de esterilización, etc.
- Material para el aseo de los pacientes.
- Equipo específico y técnico, utilizado por el equipo médico y el equipo de enfermería.

El suministro de este material puede llevarse a cabo de dos maneras: suministro interno y suministro externo.

Para diferenciar dichos suministros nos centraremos en las definiciones que aparecen en el “Manual de temario específico para la preparación de las pruebas selectivas de acceso a categoría de celador de Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública”

- El suministro interno es definido como “aquella tarea encaminada a proveer desde el almacén, a los diferentes servicios o unidades del centro hospitalario el material necesario para poder llevar a cabo la actividad asistencial.
- Mientras que el suministro externo es definido como “aquella tarea que tiene como finalidad la de abastecer al almacén desde los distintos proveedores de la mercancía destinada al suministro interno y que previamente ha sido solicitada por la persona encargada de ello”.

Los celadores adscritos a este servicio, tendrán que realizar las siguientes funciones dentro o fuera de la unidad.

Para desarrollar estas funciones, nos centraremos en el manual anteriormente citado.

- Recepcionar el material cotejándolo con el albarán de entrega.
- Descargar y colocar en el almacén los pedidos.
- Vigilar las entradas y salidas de toda persona ajena al almacén, encargándose de cerrar todas las puertas de la unidad.
- Dispensar al resto de unidades del hospital el material solicitado mediante un formulario.
- Distribuir el material solicitado desde el almacén al resto de unidades.
- Cada una de las funciones encomendadas por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, existen diferentes tipos de suministros dentro de los almacenes generales de los centros hospitalarios, dependiendo si el material se encuentra disponible dentro del almacén o si dicho material tiene que ser aprovisionado por proveedores externos del hospital. Por otro lado, las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestran las funciones que deben llevar a cabo los celadores adscritos a los almacenes de los centros hospitalarios, centrando sus funciones principalmente en dos tareas: recibir el material en el almacén y distribuir el mismo al resto de unidades del centro cuando sea solicitado.

6 Bibliografía

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 319

FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LAS UNIDADES DE URGENCIAS INTRODUCCIÓN

ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO

CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA

MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN

LUIS SANTOS ROBLES

1 Introducción

Como hemos podido encontrar a través de la revisión bibliográfica realizada, en el “Manual de temario específico para la preparación de las pruebas selectivas de acceso a categoría de celador de Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública”, se define el término “urgencia” como “Toda situación de pérdida de salud, ya sea crítica o no lo sea, que se produzca en una persona sin participación de fuerza o condicionamiento externo”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la intervención médica como “la patología cuya evolución es lenta, pero no necesariamente mortal, sin embargo la atención no debería superar las 6 horas”.

Por otro lado, encontramos el término de “Emergencia”, definido por los autores del manual anteriormente citado, como “Situación determinada por la agresión al

individuo de algún factor externo que causa a la vez, la pérdida de salud de manera brusca y violenta”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la intervención médica como “la patología cuya evolución llevaría a la muerte, por lo que debe ser atendida en un tiempo inferior a 1 hora”.

El término de Emergencia, debe ser diferenciado del término de Emergencia limitada. Este último es definido como “Situación que determina una agresión a una persona producida por algún factor externo, limitado en el tiempo y en el espacio. Llegando a causar la pérdida de salud de dicha persona de manera brusca y violenta.

El celador formará parte del equipo personal del servicio de urgencias, el cual se encuentra en funcionamiento las 24 horas al día, durante todos los días del año. Dividiéndose el servicio en turnos de 7, 10 o 12 horas dependiendo de la organización de cada centro hospitalario.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las funciones que deben realizar los profesionales en la categoría de celador, adscrito al servicio de urgencias de un centro hospitalario.

Objetivos secundarios:

- Saber diferenciar los términos de urgencia, emergencia y emergencia limitada.

3 Metodología

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

PALABRAS CLAVE: CELADOR, FUNCIONES, URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, URGENCIAS.

4 Resultados

Funciones de los celadores del servicio de urgencias extra - hospitalarias.

- Cada una de las funciones generales establecidas en el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

- Además de estas funciones, los celadores deberán llevar a cabo funciones administrativas, ya que no hay personal administrativo en estas unidades hospitalarias. Estas funciones se limitarán en:

- Coger los datos del paciente que viene al servicio de urgencias.
- Reflejar el motivo de la asistencia.
- Comprobar los datos de la tarjeta sanitaria y verificándolos con el paciente.
- Recoger los avisos de urgencias domiciliarias, por vía telefónica.
- Indicar a los pacientes que el orden de actuación dependerá de la gravedad de cada paciente.

Funciones de los celadores del servicio de urgencias.

- Recibir a los pacientes en la puerta de urgencias indicándoles que tienen que dar los datos en el servicio de admisión de urgencias, para posteriormente trasladarlo a la unidad de triaje.
- Trasladar a los pacientes a las diferentes unidades del hospital, para que le sean realizadas las pruebas pertinentes. Estas unidades pueden ser: radiología, hemodinámica, digestivo, cardiología, obstetricia...
- Trasladar a los pacientes a las plantas de hospitalización en las cuales serán ingresados.
- Tener en todo momento sillas de ruedas y camillas, no permitiendo la ausencia de estas en el servicio. En el caso de ausencia, deberá llamar al jefe de turno para localizar sillas o camillas.
- Ayudar al personal sanitario en aquellas funciones que le sean encomendadas, sin hacer uso alguno de material sanitario.
- Tramitar las comunicaciones verbales encomendadas por sus superiores. Estas comunicaciones verbales deberán ser tramitadas directamente a la persona indicada por el superior.
- Mantener el orden y silencio en la unidad. Pidiendo tanto a pacientes como familiares que hagan un buen uso de las instalaciones.
- Comunicar a los familiares el traslado de los pacientes.
- Bajo ningún concepto, podrán realizar comentarios sobre los diagnósticos del paciente, por lo que deberá remitir dicha información a los facultativos encargados de su proceso asistencial.
- Acompañar a los pacientes que han sido dados de alta a la salida de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

Con la lectura de este capítulo titulado “Funciones de los celadores en las unidades de urgencias” se ha podido llegar a la conclusión de la importancia del

celador en la unidad, ya que los celadores se convierten en la primera persona con la que se encuentra el paciente cuando llega al servicio de urgencias, son trasladados y acompañados por los mismos a las diferentes pruebas diagnósticas y son las últimas personas que ven al marcharse de la unidad.

Por otro lado, durante la lectura de este capítulo encontramos cada una de las funciones que debe realizar el celador para mantener el orden y la organización de la unidad, haciéndose cargo de informar tanto a pacientes como a familiares. Para finalizar con estas conclusiones, cabe destacar igualmente, la importancia de mantener la protección de datos de los pacientes, al igual que remitir toda la información solicitada por los familiares, a los facultativos especialistas encargados de los pacientes.

6 Bibliografía

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- revistamedica.es

Capítulo 320

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO

CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA

MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN

LUIS SANTOS ROBLES

1 Introducción

En primer lugar y antes de comenzar con el desarrollo de la temática que se va a desarrollar en este capítulo titulado “El celador en la unidad de rehabilitación”, se van a definir una serie de conceptos relacionados con el tema a tratar.

En el diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE) podemos encontrar como primera acepción la siguiente definición de rehabilitación: “acción o efecto de rehabilitar”. Mientras que en la tercera acepción encontramos la siguiente definición “conjunto de métodos que tienen por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad”. Por otro lado, el término de fisioterapia es definido por la Real Academia de la lengua Española como (de fisio- y -terapia) “tratamiento de lesiones, especialmente traumáticas, por medios físicos, como el calor y el frío o el ultrasonido, o por ejercicios, masajes o medios mecánicos”.

En este capítulo se desarrollará una breve síntesis de las diferentes funciones llevadas a cabo por los celadores adscritos al servicio de rehabilitación. Dichas funciones se encuentran en la Orden del 5 de Julio de 1971 por la cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las funciones llevadas a cabo por los celadores adscritos al servicio de rehabilitación.

Objetivo secundario:

- Conocer y saber diferenciar los conceptos de rehabilitación y fisioterapia.
- Conocer el equipo profesional que trabaja en la unidad de rehabilitación.

3 Metodología

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

PALABRAS CLAVE: CELADOR, REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, FUNCIONES, EQUIPO.

4 Resultados

El servicio de rehabilitación de los hospitales o centros de salud es una unidad de los centros sanitarios en los que desarrollan su actividad.

La elabora un gran equipo humano profesional especializado en el área. En este equipo desarrollan sus funciones los profesionales de las siguientes categorías: médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores.

Es necesario especificar que el equipo profesional que desarrolla sus funciones en el área de rehabilitación, puede padecer cambios dependiendo de la cartera de servicios de cada centro sanitario.

Los centros hospitalarios que cuenten con un área de rehabilitación, dispondrán de varias salas para las consultas médicas, salas de rehabilitación, gimnasio y áreas de fisioterapia.

Tal y como en la Orden del 5 de Julio de 1971 por la cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, las funciones de los celadores adscritos al servicio de rehabilitación serán las siguientes:

- Deberán vigilar la entrada y salida a la unidad a aquellas personas que estén autorizadas para hacerlo.
- Serán los encargados de trasladar a los pacientes desde las ambulancias hasta el gimnasio o las consultas, haciéndose cargo de dichos pacientes hasta que se encargue el personal responsable.
- Controlarán que los objetos que no pueden ser introducidos en la unidad no sean introducidos por pacientes o familiares.
- Mantendrán la protección de datos y no harán comentarios sobre el estado de los pacientes, debiendo orientar las consultas de los pacientes o familiares, sobre el tratamiento o diagnóstico, hacia el médico o fisioterapeuta encargado.
- Ayudarán a fisioterapeutas o técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en aquellas funciones que le sean requeridas, como sujetar a los pacientes o ayudarles a deambular.
- Tramitar o conducir sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos u objetos que les sean confiados por sus superiores. Trasladar de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se les indique.
- Cuidar, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
- Auxiliará al fisioterapeuta para la colocación y sujeción del paciente en el lugar donde va a ser tratado o durante el tratamiento.
- No deberá abandonar la unidad, y si tiene que hacerlo se encontrará localizado, a través de un busca.

Cabe destacar la importancia de que el celador deberá poseer los conocimientos adecuados para la movilización de los pacientes. Para ello, deberá conocer la técnica correcta de manejo de pacientes, teniendo en cuenta su patología y sus características físicas durante el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Con la lectura de este capítulo titulado “El celador en la unidad de rehabilitación” se ha podido llegar a la conclusión de que los celadores adscritos al servicio de rehabilitación o al área de fisioterapia, deben poseer amplios conocimientos de movilización de pacientes, conociendo las técnicas adecuadas para hacer el menor daño posible durante la sesión.

Del mismo modo, los celadores deberán saber cuáles son sus funciones y saber llevarlas a cabo durante su jornada laboral con la mayor celeridad y eficacia posible.

Para finalizar, cabe destacar igualmente, la importancia de saber trasladar a los pacientes de un servicio a otro con los medios adecuados, evitando de esta manera daños añadidos en el paciente.

6 Bibliografía

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por la cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 321

EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN SALUD PÚBLICA

PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ

CLARA EUGENIA GONZALEZ GARCIA

MARÍA HERES FERNÁNDEZ

JOSE IGNACIO GOMEZ ORDOÑEZ

MARIA CRISTINA RODRÍGUEZ MORÁN

1 Introducción

El agotamiento emocional crónico pone a prueba la capacidad adaptativa de cada individuo expuesto. Aquí viene la pregunta clave.

El estrés del agotamiento emocional o agotamiento laboral hace que nos amenacen, insulten, nos interpielen, nos interpielen, nos provoquen o amonesten, esto nos está provocando mucho agotamiento emocional, el resultado es agudizar aún más la situación personal, nos estamos alejando de salud En las relaciones con los pacientes cada vez nos involucramos menos en nuestro trabajo porque nos intimidan y eso no funciona, todo lo cual crea un conjunto de síntomas que despersonalizan nuestro comportamiento y hacen que empecemos a tener un síndrome A llamado burnout o vestimenta profesional burnout, que nos desgasta hasta llegar al último recurso donde terminamos exhaustos en el trabajo.

Cuando un médico se queja del trato que recibe por un paciente que apenas lo

mira a la cara o lo trata con un mínimo de dignidad, le asalta la inevitable sensación de duelo ante su “muerte laboral”. colega.

La deshumanización la detectamos cuando se da en medicina, y afecta la esperanza de vida laboral de la mayoría de los trabajadores de la salud en todos los niveles de atención.

El síndrome de burnout se está convirtiendo en un problema de salud pública. Si las personas que les importan no se sienten bien, eventualmente se pierden en la sociedad y como resultado llegamos al desgaste laboral por eso no hay que estresar a los profesionales de la salud y darles prioridad sentirse bien y funcionar bien en su trabajo, evitando las amenazas e insultos por parte del paciente.

2 Objetivos

Conocer las etapas del síndrome de burnout o desgaste profesional en los profesionales sanitarios como no sanitarios en salud pública.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados del síndrome de burnout o desgaste profesional, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: Agotamiento profesional. Personal sanitario y no sanitario, Satisfacción en el trabajo, hospitales y salud pública.

4 Resultados

Debemos entender cómo el síndrome de burnout se diferencia de situaciones concretas que producen malestar general, estrés, agobio, o algún disgusto no relacionado con el estado de síndrome de burnout, y debe tratarse adecuadamente para conseguir que las diferentes personas sean lo suficientemente sensibles para afrontar los riesgos psicosociales asociados y no interprete los síntomas del paciente en términos de vulnerabilidad individual.

Si bien puede considerarse una etapa avanzada del estrés laboral, el síndrome de burnout o burnout es una patología que surge de la interacción de los individuos con ciertas condiciones psicosociales nocivas en el trabajo, cuando los trabajadores observan ocupacionalmente. Esta patología se encuentra cuando existe

un marcado desequilibrio de Las expectativas y la realidad del trabajo cotidiano. El psiquiatra Herbert Freudemberger en 1974 y Cristina Maslach y Susana Jackson en 1986 presentaron los primeros relatos documentados de este síndrome clínico. En ambos casos, los trabajadores manifestaron sensación de fracaso en el trabajo, baja realización personal, agotamiento ocupacional y emocional, ansiedad y despersonalización.

Esta condición se traduce en una pérdida progresiva de energía, motivación e idealismo en el entorno profesional, elementos clave e imprescindibles para llegar al síndrome de burnout.

La evolución del síndrome de desgaste profesional suele referir 5 etapas:

1. Fase de idealismo y entusiasmo: se produce una sobrecarga voluntaria del trabajo en la jornada laboral.
2. Fase de estancamiento: el trabajador tiene un cambio en su personalidad y disminuye su actividad profesional y no cumple sus expectativas, en esta fase percibe que la relación entre el esfuerzo que realiza no tiene recompensa ninguna.
3. Fase de apatía: es cuando el trabajador llega a frustrarse y se hace empático y evita realizar tareas estresantes en su trabajo.
4. Fase de distanciamiento: en esta fase el trabajador tiene afán de superación e intentar alcanzar nuevos retos ya que está más cómodo y van desapareciendo los síntomas.
5. Fase de “quemado”: se produce un colapso emocional y cognitivo, que el propio trabajador llegue a dejar su trabajo.

El síndrome de Burnout refleja un estado de agotamiento mental, físico y emocional que resulta de un compromiso prolongado en un ambiente de trabajo con muchas demandas emocionales.

Se debe hacer una evaluación para corregir cada caso de síndrome de burnout, especialmente aquellos asociados con los servicios públicos, donde el agotamiento emocional es más intenso.

Es necesario desarrollar medidas preventivas y brindar a los trabajadores el derecho a la protección de la salud física y mental.

El síndrome de Burnout es una patología que surge de la interacción del individuo con ciertas condiciones psicosociales nocivas en el trabajo, en las que se puede observar un desequilibrio entre las expectativas de carrera y la realidad.

El burnout, los cambios de personalidad, el entorno personal y otras características individuales aparecen sin causa alguna, y aunque no son la causa directa del síndrome, impiden la exposición a factores de riesgo y/o modulan su desarrollo. La aplicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales incluye la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales derivados del trabajo organi-

zativo, posibilitando un entorno laboral más saludable y reduciendo la siniestralidad y el absentismo.

Para prevenir este síndrome, debemos hacer frente a sus efectos y tomar medidas preventivas para revertir el estado de agotamiento y frustración entre los empleados.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas generales para prevenir la aparición de síntomas deben ser horarios bien estructurados, independientes y flexibles, además de promover habilidades de enriquecimiento laboral y aumentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.

Debe establecerse un método de afrontamiento del síndrome de burnout en el ámbito laboral, y este debe reforzarse a través de actividades y relaciones extraprofesionales y familiares. La edad, tener hijos, sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y el valor económico son muy variables en el estado de salud de cada persona, el burnout afecta a toda persona en muchos sentidos sobre todo mentalmente y necesita ayuda psicológica en muchas ocasiones.

6 Bibliografía

1. Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias, 11, 4, 305-309.
2. Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado. Enfermería en Costa Rica, 31, 2-7.
3. Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte, 23, 1, 43-51.
4. Quinceno, J. M. y Alpi, V. S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. Acta Colombiana de Psicología, 10, 117-125.

Capítulo 322

PLAN PARA LA GESTIÓN DE RESIDUOS EN LA COCINA HOSPITALARIA

FRANCISCO JOSE VAZQUEZ CARREÑO

1 Introducción

Dentro de las cocinas hospitalarias es con toda seguridad donde más residuos se generan, aproximadamente un 15 % , Por lo que es necesario establecer un plan de gestión de recogida selectiva para el máximo aprovechamiento y el menor impacto para el medio ambiente. Los planes de gestión de residuos tienen unos objetivos que deben de ser evaluados mediante seguimiento diario de los procedimientos, como son tener una política de responsabilidades acerca de la gestión de residuos, promover y desarrollar prácticas encaminadas a minimizar la correcta gestión de los residuos generales, también se debe evitar cualquier riesgo para la salud pública, así como que los residuos no tengan un impacto negativo sobre el medio ambiente. Es una tarea importante el identificar los puntos físicos donde se generan los residuos, su naturaleza y la cantidad, así como definir los procesos potencialmente contaminantes que se pueden producir. Establecer un control en el que se respeten los horarios de recogida, los almacenamientos, los recorridos y donde se colocan finalmente. Otro aspecto muy importante es la formación de los trabajadores sobre la correcta manipulación de los residuos en las cocinas de los centros sanitarios, para que así todo el personal sepa donde tiene que depositar cada tipo de residuo generado.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son conocer como se gestionan los residuos de los restos de comida y desperdicios que se generan en un hospital y ver en que consiste el plan de gestión de recogida, transporte, tratamiento y eliminación de los residuos.

3 Metodología

se ha procedido a realizar una búsqueda de información en diferentes libros y revistas relacionadas con el tema de gestión de residuos dentro de las cocinas de los centros sanitarios, sacándose numerosos artículos por su interés, elaborándose con ellos este trabajo.

4 Resultados

Se llama residuo a cualquier sustancia que es considerada deshecho y del cual nos queremos deshacer. Todo el personal de cocina debe saber que existe un plan de gestión de residuos. La normativa que regula los residuos en nuestro país es una ley de residuos y suelos contaminados. Los residuos deben clasificarse en diferentes tipos dependiendo de donde proceden (animal, peligrosos, orgánicos, urbanos... también pueden ser residuos solidos, en la cocina, son los restos de materiales como carnes, pescados.. restos en mal estado de comidas, cartones, envases.... luego están los residuos líquidos estos los componen las aguas residuales, que vienen de limpiar zonas de cocina, aseos aceites usados...Son también importantes los residuos gaseosos humos de fogones, planchas.. son emitidos a través de chimeneas o campanas extractoras. Para la eliminación hay varias posibilidades, tratarlos como orgánicos, y depositarlos en el contenedor de materia orgánica, otra opción es tratarlos como categoría 3 y llevarlos a empresas de compostaje, en las que después de unos tratamientos se convierten en abonos para tierras y otra opción es convertirlos en piensos de animales, estas son algunas de las maneras de reciclar los restos de las cocinas hospitalarias ,y conseguir que se vuelvan en materia útil nuevamente, dándole una nueva vida .Para poder reciclar lo más importante es que los trabajadores colaboren en el proceso de separación de todos los materiales y así a la hora de recoger los residuos el trabajo sea más fácil y cada cosa ya este depositada en el cubo que corresponda, para ello todos los empleados deben tener nociones de reciclaje, mediante cursos que periódicamente la empresa ofrecerá en horarios de trabajo, siendo obligatoria su asistencia,

garantizando así la asistencia de todo el personal.

5 Discusión-Conclusión

Los residuos de las cocinas hospitalarias sigue siendo un problema que no esta resuelto en su totalidad ya que no se hace correctamente en la mayoría de los casos. La salud del planeta esta en riesgo y conservarlo es tarea de todos, por eso se debe poner de nuestra parte para que cada residuo hospitalario pase por todos los pasos y llegue a ser reutilizado generando un nuevo producto con una nueva vida completamente distinta a la primera. Los curso de reciclaje deben de ser obligatorios cada cierto periodo de tiempo y también deben ser explicadas a los trabajadores las normativas por las cuales se rigen las leyes de gestión de residuos hospitalarios.

6 Bibliografía

- 1-Gestión medioambiental ; manipulación de residuos y productos químicos. Ed vertice 2007
- 2-Galy. D. Gestión de la producción en cocina ed paraninfo Madrid 2020

Capítulo 323

EL SINDROME DEL TUNEL CARPIANO EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

El túnel carpiano es un canal que se encuentra entre los huesos de la muñeca y el ligamento anular del carpo. Por esta zona pasan los nervios flexores de los dedos y el nervio mediano.

El síndrome del túnel carpiano es una dolencia que produce daño y una presión excesiva en el nervio mediano. Como consecuencia de ello, se produce dolor, entumecimiento y cosquilleo en la mano y el brazo y provoca una lesión en el nervio.

Puede tratarse de una enfermedad que llegue a ser incapacitante y dolorosa, siendo leve puede no requerir cirugía pero si ésta se aplica es muy efectiva y permite al trabajador recuperar la movilidad de la mano, hace que desaparezca el dolor poco a poco y las lesiones nerviosas.

El síndrome del túnel carpiano lo padecen personas con un rango de edad entre 30 y 60 años y es más común en el sexo femenino.

Es una de las patologías más frecuentes entre personas que desarrollan sus tareas con las manos asociadas a esfuerzos y movimientos repetitivos. Es cierto que los estudios no han demostrado que el síndrome del túnel carpiano sea causado por trabajar en el ordenador, utilizar el ratón o repetir movimientos cuando se trabaja, tocar un instrumento o practicar determinados deportes aunque estas actividades pueden provocar síntomas importantes.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste la enfermedad del túnel carpiano.
- Analizar las causas y consecuencias que tiene la enfermedad en los trabajadores ad-ministrativos.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión de distintas páginas web que estudian el síndrome del túnel carpiano. Se han consultado artículos en distintas publicaciones médicas que estudian esta patología en profundidad y se han analizado diferentes páginas que tratan las consecuencias de padecer la enfermedad tanto a nivel personal como laboral

4 Resultados

Los primeros síntomas de la enfermedad son dolor de muñeca y antebrazo, se producen también calambres, entumecimiento y hormigueo de todos los dedos de las manos. Si estos síntomas no se tratan, pueden llegar a atrofiarse alguno de los músculos de la mano, especialmente la almohadilla debajo del dedo pulgar, se perciben dificultades a la hora de manejar objetos incluso llegando a caerse de las manos.

Es un especialista en traumatología quien valora la enfermedad, en principio explorará la sensibilidad y fuerza de la mano del paciente y también las causas que provocan la sintomatología. Para confirmar el diagnóstico y saber en que grado está afectado el nervio mediano debe solicitar la realización de un electromiograma (EMG) y un estudio de la conducción nerviosa (ECN).

Cuando el caso es leve se aplica un tratamiento conservador, que suele consistir en anti-inflamatorios y reposo de la mano. Se aconseja el uso de una férula durante la noche para mantener en extensión la mano y el antebrazo, en casos más graves se realizan infiltraciones con corticoides y en último caso la cirugía.

Esta lesión afecta al 3% de los trabajadores, sobre todo a mujeres, se sabe que 7 de cada 10 personas que lo padecen son mujeres y la franja de edad se sitúa entre los 30 y 60 años .Puede que en ocasiones afecta a ambas manos o sólo a la mano con la que se trabaja.

Según las últimas estadísticas publicadas por el INSST, de cada cinco trabajadores que padecen una enfermedad profesional un padece el síndrome del túnel carpi-

ano. El pro-medio de días de baja laboral es de 102 días, todo ello provoca dolor, impotencia y sufrimiento en la paciente. Este absentismo laboral se traduce en pérdida de productividad, gasto para la empresa y costes sanitarios para la Seguridad Social y las mutuas colaboradoras.

5 Discusión-Conclusión

Tras el estudio en diferentes artículos y páginas podemos concluir que la enfermedad del túnel carpiano es una neuropatía que causa trastornos de sensibilidad debido a la presión que se ejerce sobre el nervio mediano.

Sólo se podrá mejorar el síndrome del túnel carpiano, en los supuestos cuyo origen sea la repetición de movimientos y evitando la repetición de éstos.

Es una enfermedad limitante que afecta sobre todo a mujeres, y en el caso del personal administrativo se produce sobre todo debido al uso continuado del ordenador sobre todo los movimientos con el ratón y la postura en el teclado.

Además conlleva un largo período de baja del trabajador lo que acarrea pérdida de productividad y se traduce en importantes costes sanitarios

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000433.htm>.
2. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/túnel-carpiano>.
3. <https://www.mutuauniversal.net/es/actualidad/articulos-y-publicaciones/publicación/Síndrome-del-túnel-carpiano-en-el-Top-1-de-las-enfermedades-profesionales-de-la-mujer-trabajadora>.

Capítulo 324

PROTECCION FRENTE AL COVID 19

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

La Covid 19 es la nueva enfermedad causada por el coronavirus conocido como SARS-COV2. El coronavirus puede causar infección en los seres humanos y en algunos animales. La enfermedad también se contagia de persona a persona a través de las secreciones, al respirar, hablar, estornudar, etc. cuando alcanzan las mucosas y conjuntivas de otras personas. El contagio también puede ser posible a través de las manos por el contacto directo o indirecto con superficies contaminadas y que luego toman contacto con mucosas o conjuntivas. Es más fácil la transmisión en espacios cerrados y mal ventilados.

Los síntomas más comunes de la Covid 19 son tos, fiebre, cansancio y sensación de falta de aire, también pueden producirse dolores musculares, pérdida de olfato y gusto y dolor de cabeza, entre otros.

No existe un tratamiento específico y no se deben utilizar antibióticos al tratarse de una enfermedad producida por un virus.

En caso de tener síntomas, la persona debe quedarse aislada en casa, llamar a su médico o al teléfono habilitado por cada área sanitaria a la que este inscrita, si los síntomas son muy graves debe ponerse en contacto con el teléfono de urgencias 112 o acudir al servicio de urgencias.

2 Objetivos

Saber qué es la Covid 19.

Conocer los síntomas de la enfermedad y sus formas de transmisión.

Explicar las formas de prevención y maneras de actuar frente al virus

3 Metodología

Se consultan distintas fuentes para saber en que consiste la enfermedad y la forma que tiene de transmitirse.

Revisamos varias publicaciones acerca de los posibles efectos de la Covid 19.

Consultamos diferente bibliografía sobre las formas de protección contra el virus y claves para la prevención de la transmisión

4 Resultados

Las principales medidas que podemos tomar para protegernos del coronavirus son:

- Lavado de manos con frecuencia .
- Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar.
- Limpiar frecuentemente las superficies con las que mantenemos más contacto.
- Mantener distancia de seguridad con otras personas de al menos 1,5 metros.
- Evitar el contacto de las manos con los ojos, nariz y boca ya que a través de las manos es más fácil la transmisión.
- Usar mascarilla tanto en interiores como exteriores.
- Uso de gel desinfectante.
- Utilizar pañuelos desechables y tirarlos tras su uso.
- En caso de presentar síntomas, aislarse en una estancia de la casa y no tener ningún contacto con convivientes
- Ventilar frecuentemente los espacios cerrados.
- Intentar permanecer al aire libre antes que en espacios cerrados.

La forma más eficaz de protección de la que disponemos hoy en día es la vacunación. La vacunación no protege solo a la persona vacunada sino también al resto de la población, cuantas más personas estén vacunadas menores posibilidades habrá de contraer el virus.

En España hay una estrategia de vacunación Covid cuyo objetivo es vacunar a toda la población a partir de unos criterios, en principio se empieza por vacunar a las personas más vulnerables, las que tienen más riesgo para desarrollar una enfermedad grave o que están más expuestos al virus, también personas con actividades esenciales para la sociedad (sanitarios y que trabajen en instalaciones sanitarias)

Otra forma muy importante de la protección es el uso de mascarillas, las más utilizadas son las higiénicas y las quirúrgicas. Las higiénicas se recomiendan a la

población general sin síntomas para evitar el contagio. Las quirúrgicas se aconsejan a personas con síntomas o diagnosticadas con Covid, también a personas que han tenido contacto estrecho con alguien con Covid, personas vulnerables y cuidadores de éstas personas.

Deben usarse correctamente siempre siguiendo las indicaciones de cada comunidad autónoma. Son obligatorias en el transporte público y en centros sanitarios. Y recomendable su uso cuando se este en sitios cerrados con algo de aglomeración

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la nueva enfermedad causada por el coronavirus presenta un im-portante riesgo de contagio en la población.

Al no existir un tratamiento específico contra la enfermedad es imprescindible la protección contra el Covid 19.

Actualmente la vacunación es la forma más eficaz de protección de la que disponemos pero sin olvidar el uso de la mascarilla.

Además para reducir la transmisión del virus debemos seguir las normas básicas de protección, como el lavado de manos, limpieza frecuente, mantener la distancia de seguridad , aislarse en caso de presentar síntomas, ventilar los espacios cerrados, tener menos contactos y mantener una burbuja social estable.

Si mantenemos todos las buenas prácticas recomendadas y seguimos los consejos del Ministerio de Sanidad evitaremos en gran medida el número de contagios y la propagación del virus.

6 Bibliografía

1. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ciudadania.htm>
2. <https://www-astursalud-es.insuit.net/en/noticias/-/noticias/informacion-sobre-el-coronavirus>

Capítulo 325

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

El personal administrativo se enfrenta a distintos riesgos laborales en su puesto de trabajo. Aunque antes se pensaba que el trabajo desarrollado en oficinas era un trabajo seguro, sí es cierto que pueden ocurrir accidentes aunque estos no sean graves.

Con el uso de las nuevas tecnologías en todas las oficinas se dispone de ordenadores con los cual han aparecido nuevas patologías asociadas al uso de pantallas de visualización de datos, otra patología importante es la ergonomía.

Las lesiones que pueden sufrir los trabajadores de oficina son debidas a golpes contra objetos, caídas y también lesiones asociadas a posturas y movimientos repetitivos como cervialgias, tendinitis o síndrome del túnel carpiano.

Para evitar todos estos riesgos se pueden tomar una serie de medidas como:

- Evitar riesgos posibles en la realización del trabajo
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo a cada persona si es posible.
- Sustituir elementos peligrosos por los no peligrosos.
- Planificar la prevención.
- Dar instrucciones a los trabajadores y recomendaciones para eludir el riesgo.

Todo está regulado en la Ley de Prevención de Riesgos laborales, cuyo objetivo principal es velar por la seguridad y la salud de los trabajadores, eliminar o disminuir los riesgos derivados del trabajo y la información, participación y formación de los trabajadores en materia preventiva.

2 Objetivos

- Analizar conceptos como riesgo laboral, prevención y condiciones de trabajo.
- Estudiar los diferentes ambientes y momentos en los que se producen los riesgos.
- Examinar técnicas de prevención.
- Conocer los riesgos específicos del personal administrativo en su puesto de trabajo

3 Metodología

Se consultan diferentes páginas que tratan los riesgos del personal administrativo y las posibles soluciones de los riesgos.

Se analizan distintos artículos en páginas web y revistas médicas.

Se consulta la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), modificada y actualizada por la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales.

4 Resultados

Los riesgos más comunes a los que se ven expuestos los trabajadores administrativos son fatiga visual, golpes contra objetos, calidad del aire ambiental y factores psicosociales.

Fatiga visual

Debido al uso de ordenadores se requiere una exigencia visual elevada sobre todo debido a la cantidad de tiempo delante de la pantalla. Las medidas preventivas para dar solución serían regular el brillo y el contraste de la pantalla, mejorar la iluminación y la ubicación de las distintas fuentes de iluminación para evitar reflejos.

Optimizar los equipos de trabajo (mesas, sillas, reposa-pies)

Golpes contra objetos

Suelen ser tropezones con el mobiliario, cables de teléfono., golpes con cajones o resbalones. Las medidas preventivas podrían ser canalización de cableado, zonas de paso despejadas, señales de advertencia de suelos mojados.

Manipulación de cargas

No se suelen dar en oficinas pero el personal suele manejar pesos como cajas de papel, archivadores, carpetas, esto conlleva que puedan padecer dolor de espalda. En este caso las medidas preventivas sería la formación de los trabajadores para realizar de forma correcta este trabajo.

Calidad del aire ambiental

Con los nuevos diseños en la construcción de edificios que no tienen ventanas al exterior no hay forma de renovar el aire de forma natural y se realiza mediante sistemas de renovación de aire, sistemas de calefacción y de aire acondicionado. Las medidas preventivas serían el buen mantenimiento de estos sistemas de ventilación y climatización y a poder ser ventilación natural.

Factores psicosociales

Los equipos informáticos que aceleran las tareas pueden suponer al trabajador una serie de problemas de origen psicosocial, entre ellos sobrecarga mental, volumen de trabajo y con ello una complejidad en las tareas. Las medidas preventivas podrían ser la organización del trabajo, conocimiento de los programas informáticos que los trabajadores van a utilizar (proporcionando cursos formativos), realización de pausas cortas en la jornada de trabajo para cambiar la posición y alternar las tareas frente al ordenador con otras tareas.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la prevención de riesgos laborales es muy importante no solo para el personal administrativo sino para todos los trabajadores.

Los distintos riesgos que corren los trabajadores administrativos pueden llegar a mermar su salud considerablemente aunque hasta hace poco tiempo no se daba importancia a los posibles accidentes y enfermedades que podían sufrir, en estos momentos se está trabajando activamente en ello.

Tras la evaluación de los riesgos más importantes que pueden padecer se deben tomar una serie de medidas preventivas destinadas a evitarlos de la mejor forma posible.

Es muy importante en este sentido el desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que en su artículo 14 dice que los trabajadores tienen derecho a

una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-riesgos-laborales-medidas-preventivas-puesto-de-trabajo>.
2. https://www.fauca.org/wp-content/uploads/2017/10/manual_prl-oficinas-y-despachos-MC-Mutual.pdf.
3. <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con>.

Capítulo 326

LA IMPORTANCIA DE REALIZAR LA REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

Desde que comenzó la epidemia de coronavirus podemos diagnosticar la enfermedad por medio de la realización de pruebas PCR, últimamente a esta prueba se le han sumado otras más rápidas como el test de antígenos.

La PCR, cuyo significado en inglés es el de “Reacción en cadena de la polimerasa”, es una prueba que permite diagnosticar si una persona está infectada o no con coronavirus, permite detectar un fragmento del material genético de un patógeno. Es una prueba muy específica que detecta concretamente el virus y los distingue de otros. Es muy sensible y aunque se disponga de poco material genético nos dice si hay virus. Es una técnica que detecta la infección desde el inicio de la misma.

¿Y cómo funciona la prueba? Se hace un frotis de la parte interna de la nariz o del fondo de la garganta, la muestra recogida se coloca en un contenedor seguro y se envía al laboratorio para su análisis.

Se extrae el ARN del virus y una enzima convierte el ARN en ADN ya que el SARS-CoV-2 no contiene ADN. Como las pruebas PCR solo pueden hacer copias de ADN por esto hay que convertir el ARN en ADN.

La PCR no son pruebas nuevas y aunque ahora son conocidas por su uso para la detección del coronavirus han sido usadas para determinar otras enfermedades infecciosas.

2 Objetivos

Saber qué significa PCR, por qué se utiliza esta técnica y cuales son sus ventajas y desventajas.

Conocer el funcionamiento de los test PCR.

Conocer el proceso paso a paso y las limitaciones de las pruebas

3 Metodología

Para el estudio se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la literatura científica existente y se hizo una comparativa para valorar las diferentes maneras de explicar en qué consiste una PCR y cómo funciona la prueba.

Se consultaron diferentes artículos de distintas páginas web y revistas médicas.

4 Resultados

La infección por coronavirus se lleva diagnosticando desde que comenzó la epidemia gracias a la prueba de la PCR. Las pruebas se emplean desde los años 80 y son muy fiables y en unas horas podemos conocer los resultados.

La PCR empezó a ser conocida a partir de la pandemia de coronavirus pero ya fue usada para determinar otras enfermedades infecciosas. No es una prueba nueva sino que su creador el bioquímico Kary Mullis recibió el Premio Nobel en 1993.

La PCR es una prueba de diagnóstico directo y muy usada en los laboratorios de microbiología de Centros de Investigación y Hospitales. Es utilizada actualmente para la detección del Covid 19 por su precisión y fiabilidad.

La prueba es un poco compleja porque necesita realizarse por personal cualificado pero su mayor ventaja es que detecta el virus en las primeras fases de la infección. También tiene sus límites ya que se necesitan unas horas para obtener los resultados, lo que supone un límite en la cantidad de pruebas que se pueden hacer en un día. Otra limitación es la escasez de activos necesarios en este momento ya que la pandemia ha hecho que haya mucha más demanda. Y por último su contaminación puede provocar que los resultados sean falsos positivos o negativos.

La prueba consiste en replicar un fragmento de material genético millones de veces. En el caso de infección por Covid 19 se toman fragmentos muy específicos del material genético del que está formado el virus, esto evita que la prueba pueda confundir este virus con otros.

La prueba presenta una alta sensibilidad y tiene la capacidad para dar como casos positivos los realmente infectados. De esta forma se consigue reducir al mínimo la cantidad de falsos negativos.

5 Discusión-Conclusión

Desde que comenzó la pandemia podemos asegurar que la PCR es la prueba con mayor fiabilidad para la detección del virus y es el método mas usado y recomendado por la OMS y las autoridades sanitarias. La prueba detecta el virus y consigue distinguirlo de otros.

Aunque era una prueba que nos parecía desconocida se lleva utilizando varios años para detectar otras enfermedades infecciosas. Su uso se extiende a distintos ámbitos, no solo en medicina sino en investigación bioquímica y médica, también en pruebas de paternidad y análisis forenses.

En el caso del coronavirus permite diagnosticar rápidamente si una persona está infectada y determinar la carga viral.

6 Bibliografía

1. <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4824>.
2. <https://www.agenciasinc.es/Noticias/Asi-son-las-pruebas-PCR-que-se-utilizanpara-detectar-el-coronavirus>.
3. https://www.isciii.es/InformacionCiudadanos/DivulgacionCulturaCientifica/DivulgacionISCIII/Paginas/Divulgacion/COVID19_PCR_test.aspx.
4. <https://www.fraternidad.com/es-ES/noticias/que-es-y-como-se-hace-una-pcr>.

Capítulo 327

COMO SER UN BUEN ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANTITARIO.

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

El administrativo de la salud es el profesional que trabaja en el ámbito sanitario y que forma parte de un área administrativa independientemente de su categoría. Para llegar a convertirse en un administrativo profesional debe conocer una serie de aspectos que contribuyen a mejorar la calidad de los servicios sanitarios. Entre ellos están:

- Conocer los derechos y deberes de los pacientes donde el derecho a la salud ya viene recogido en la Constitución Española.
- Adquirir competencias profesionales y una formación continuada que permita el desarrollo profesional y personal de los trabajadores, y así proporcionar una mejora de la actitud a la hora de comunicarse con los usuarios de los servicios de salud.
- La información es un elemento imprescindible para dar un servicio de calidad que junto a la comunicación es algo básico en la atención al paciente.
- La accesibilidad al sistema sanitario, ello conlleva el fácil acceso de los usuarios a un determinado servicio o persona según sus necesidades reales.
- La gestión y resolución de las reclamaciones de la forma más adecuada posible, intentando no generar conflictos, todo ello a través de una buena formación y un protocolo establecido.

- La protección de datos garantizando la confidencialidad y la responsabilidad de no hacer un mal uso de datos o acceder a ellos sin justificación.
- La atención personal por encima de la atención sanitaria que el paciente también valora.
- Trabajo en equipo del personal administrativo con otros profesionales como médicos, enfermeras, fisioterapeutas, etc
- Una mejora en la calidad del servicio para obtener la satisfacción del usuario.
- El uso de nuevas tecnologías que permiten agilizar la atención al paciente y mejorar la calidad de esta atención a la mayor brevedad posible.

2 Objetivos

Identificar las competencias profesionales de los administrativos de los servicios sanitarios, destacando la importancia de la información, la comunicación y la atención presencial.

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

Uno de los puntos más importantes y que se debe destacar es la información que recibe el usuario del sistema de salud y la comunicación que éste tiene con el personal administrativo para resolver la gestión solicitada.

La información puede ser verbal o escrita aunque en la verbal hay proximidad al paciente y es fundamental la emotividad. Esta información debe ser veraz y personalizada y debe intentar adaptarse a las características de cada persona teniendo empatía con el paciente

La información debe estar actualizada y revisada y se debe disponer de manuales adaptados a distintos temas y situaciones, además el usuario debe conocer donde se encuentran los puntos de información a donde pueda dirigirse.

Otro aspecto importante es que el administrativo disponga de la información necesaria y sepa adaptarla a cada caso, con esto se pretende que el usuario no carezca de información o que ésta sea mala ya que se podrían generar problemas o conflictos.

El administrativo debe utilizar unos elementos básicos para conseguir conexión con el paciente, entre ellos está la practicar de escucha activa, ser cortés y tener empatía en todo momento.

En la comunicación oral una parte muy importante es la comunicación visual y la gestual, dando a entender serenidad.

Visualmente el administrativo es la primera imagen que representa a un departamento u organización concreta. Otras barreras que pueden estropear una buena comunicación y sobre todo en este momento con el Covid-19, son las mamparas de cristal y el uso de mascarillas las que dificultan el entendimiento entre paciente y administrativo.

Por otro lado hay que darle mucha importancia a la comunicación telefónica, en este caso solo se utiliza el lenguaje y no solo debemos pensar en la respuesta a la demanda del interlocutor sino en como transcurre esa comunicación, es decir, las formas que utilizamos para que la conversación que se desarrolle no solo solucione la cuestión que se demanda sino que sea agradable y satisfactoria para el interlocutor, dando el tiempo necesario que el paciente necesite para explicar su caso.

Por último no debemos olvidar que cada vez es más común el uso de las nuevas tecnologías y por lo tanto la información y la comunicación se solicitan a través de ellas, si el paciente quiere acceder a ellas.

5 Discusión-Conclusión

El administrativo en el sistema sanitario es un pilar fundamental ya que en la mayoría de los casos es la primera persona con la que se encuentra el paciente cuando accede a un hospital o centro de salud.

Para conseguir ser un buen profesional el administrativo debe tener una formación continuada y un conocimiento exhaustivo de las nuevas tecnologías que llevan a agilizar la atención al paciente, sin olvidar la serenidad con la que se debe gestionar el problema que el usuario nos comunica.

Concluimos que el punto más destacable y valioso es la capacidad del personal administrativo para transmitir la información al paciente y comunicarla de forma adecuada, todo ello mejora la calidad del servicio y hace que el usuario se sienta satisfecho.

6 Bibliografía

1. <https://www.seaus.net/images/stories/pdf/1--ELIMINADO--eladministrativo.pdf>
2. Blanco Prieto, A. Atención al cliente. Ed. Pirámide. 2008.
3. Clèries, X. La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Ed. Masson. 2006.
4. González Serret, MP. Las buenas prácticas en la atención del administrativo de la sa-lud. Ponencia. IX Jornada de la AAS.

Capítulo 328

LAS INTERVENCIONES QUE DESEMPEÑA UN CELADOR EN EL ÁREA DE URGENCIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MONTSERRAT MURO MONTEAGUDO

PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES

OSCAR BERMEJO GUIJARRO

SILVIA RATON ÁLVAREZ

RICARDO AGUIRRE GONZÁLEZ

1 Introducción

La celadora y el celador se orientarán en lo que concierna a su categoría y cometido en lo marcado en el “Estatuto del personal no sanitario” a la dependencia de las entidades sanitarias de la Seguridad Social, orden del 5 de julio de 1971.

Seguidamente se adaptaran a la categoría llamada como : “Personal no sanitario” ya que no tienen la cualificación correspondiente para desempeñar papeles con categoría médica, con lo cual, deben de mantenerse al margen de este estado. Desde el año pasado, la pandemia nos acusado enormemente ya que la sociedad ha sido casi paralizada a causa de este virus.

El continuo movimiento de enfermos y enfermas ha originado un mayor movimiento de sillas de ruedas, camas, camillas y muchos dispositivos que el personal celador y celadora deberá proporcionar con una responsabilidad y acción casi instantánea.

Los servicios de urgencias están desbordados de trabajo y ahí es donde entra el papel importantísimo del celador y la celadora de urgencias, debiendo tener a su disposición las camillas desinfectadas en todo momento en las puertas de entrada del servicio de urgencias, a la espera de ser utilizadas por el personal.

La situación actual es un movimiento continuo de material médico, con lo cual debemos de estar preparados.

2 Objetivos

OBJETIVO GENERAL

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice las funciones que desempeña un celador en el área de urgencias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

- ☒ Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias del celador en urgencias.
- ☒ Conocer la importancia de una realización eficaz del celador en urgencias.
- ☒ Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al celador en urgencias.

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 celadora o el celador tienen que saber identificar qué es urgencia y qué es emergencia al momento de entrar en relación con los pacientes y visitantes que acuden demandando el servicio de amparo médico urgente.

Promovida por variados motivos. Emergencia es una circunstancia crítica que envuelve un peligro importante para el enfermo con una vigilancia urgente.

Urgencia es una condición que envuelve una dificultad para el enfermo cuya asistencia no debe sobrepasar 24-48 horas. Aquí es donde debe de entrar el trabajo profesional y activo del celador y la celadora:

- Partirán a dar la bienvenida a los enfermos acudiendo en ambulancia o coches particulares.
- Conducirán al paciente hasta el servicio de admisión siempre que las circunstancias sean las adecuadas para ello o lo acompañara a el área de triaje, al mismo tiempo que algún familiar proporcione los datos administrativos.
- Acompañarán a los enfermos en silla de ruedas, silla, cama o caminando. Llamarán a los enfermeros cuando esté indicado.
- Cuidarán los umbrales de las puertas de urgencias suplidas de sillas de camillas y sillas de ruedas.
- Escortaron los accesos a la zona de urgencias dejando entrar solo a las personas con autorización. Saldrán siempre a recibir a los pacientes, ya vengan en ambulancia o en vehículos particulares. Dirigirá y orientará al enfermo al servicio de admisión, siempre que la situación lo permita, o directamente lo llevará a la zona de triaje, mientras que un familiar proporciona los datos administrativos.
- Transportarán a los pacientes en silla de ruedas, cama, camilla o por su propio pie.
- Avisará al personal sanitario cuando sea preciso.
- Mantendrán las entradas de urgencias provistas de sillas de ruedas, camillas, bolsas , sábanas, mantas y demás accesorios de lencería.

5 Discusión-Conclusión

Tanto el celador como la celadora, es muy importante que ambos sepan identificar que es una emergencia y que es una urgencia en el momento que entran en contacto con los pacientes que acuden a la institución sanitaria donde están desempeñando sus funciones demandando el servicio de amparo médico urgente. El personal de celador es uno de los profesionales no sanitarios que entra en contacto con los pacientes y debido a ello, su capacidad, voluntad e interés es inherente para los pacientes que acuden al servicio de urgencias.

En este servicio de urgencias hay que destacar la ayuda que proporcionan los celadores al resto de personal sanitario.

En estos tiempos de pandemia que estamos viviendo es de vital importancia la ayuda que proporciona el personal de celador.

6 Bibliografía

1. <http://www.celadoresonline.blogspot.com/> Actuación del celador en el Servicio de Urgencias.
2. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>.
3. Funciones del celador en las distintas áreas o servicios, Urgencias. <http://www.boe.es/> Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

Capítulo 329

EL CELADOR EN UNA FARMACIA HOSPITALARIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES

MONTSERRAT MURO MONTEAGUDO

OSCAR BERMEJO GUIJARRO

1 Introducción

Dentro de una institución sanitaria la farmacia hospitalaria depende de la dirección médica del hospital y la persona responsable de esa farmacia hospitalaria es un farmacéutico que es especialista en farmacia hospitalaria. Además del farmacéutico, en una farmacia hospitalaria desempeñan sus funciones otros personales laborales como son los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores y auxiliares administrativos entre otros.

Es necesario que en todos los hospitales exista un servicio de farmacia hospitalaria con el objetivo de poder proveer a todos los pacientes que se encuentran hospitalizados la medicación que necesiten.

Sin embargo, cuando algún hospital no quiere tener un servicio farmacéutico tienen que solicitar a la comunidad autónoma a la que pertenezca una autorización para poder tener un depósito donde meter la medicación.

Aun así, este depósito tiene que estar vigilado y supervisado por un farmacéutico atendiendo a unas normas establecidas para garantizar un correcto funcionamiento.

No todos los hospitales tienen las mismas necesidades. Esto va a depender de varios factores como puede ser el tipo de hospital, las actividades y las necesidades que tenga. Todas estas necesidades se determinan por una normativa reglamentaria.

Las funciones del celador en una farmacia hospitalaria son básicamente prestar ayuda y colaborar con el farmacéutico de la farmacia hospitalaria.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye las funciones del celador en consultas externas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

- ☒ Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias de los celadores en su trabajo en una farmacia hospitalaria.
- ☒ Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de los pacientes en una farmacia hospitalaria.
- ☒ Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al papel del celador en una farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En este apartado hablaremos de forma más detallada de las funciones que desempeña un celador en una farmacia hospitalaria, pero antes hablaremos cuáles son las funciones de la farmacia hospitalaria que son las siguientes:

- Una farmacia hospitalaria tiene que tener la suficiente capacidad de abastecer a todo el hospital de la medicación que se le pida. Debe de garantizar una calidad, tener una adecuada conservación, cubrir las necesidades del hospital, custodia de medicamentos, etc.

- Debe de contar con un sistema que sea lo suficientemente eficaz y seguro a la hora de distribuir la medicación solicitada.
- Contar con una buena distribución con medidas específicas.
- Cuando un producto se encuentra en una fase de investigación clínica, debe de realizar la custodia de dicho producto.
- Cumplir a rajatabla la legislación vigente en cuanto al uso de estupefacientes y psicótopos. Toda petición de estos medicamentos tiene que ir firmada por el facultativo que lo solicita.
- Tiene que tener un servicio de información de medicamentos para que todo el personal del hospital pueda estar bien informado.
- La farmacia hospitalaria formara parte de comisiones hospitalarias.
- Es necesario establecer un sistema para vigilar los fármacos intrahospitalarios.
- Realizar trabajos de investigación ya sean propios o colaborando con otras unidades.
- También debe de participar en los ensayos clínicos que se realicen con medicamentos.

Para poder hacer todas estas funciones anteriormente mencionadas es necesario crear un equipo de trabajo, donde cada persona perteneciente a cada categoría tenga claro cuál es su trabajo a desarrollar.

Las funciones del celador en esta área son las siguientes:

- Tiene que encargarse de recepcionar el material que llega.
- Se encarga de mover el material pesado.
- Dentro de la farmacia, es el encargado de transportar el material de un lado a otro.
- Es el que se encarga de dar tanto los sueros como el alcohol por el resto del hospital.
- Es quien lleve los carros de medicación desde la farmacia hasta las unidades donde sean requeridas.
- Deberá de custodiar la farmacia.
- Ayudar a realizar los inventarios.
- Cualquier tarea que le exija su superior siempre que esté dentro de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

El celado, cuando desempeña su trabajo dentro de una farmacia hospitalaria es el que se encarga de recibir el material cuando llega. Una vez que recibe la mer-

cancia, es muy importante que compruebe con el albarán que ha llegado todo correctamente y no hay ningún error. También se tiene que encargar de mover los paquetes que suelen pesar mucho. Siempre con las medidas de seguridad para no sufrir lesiones.

También se tiene que encargar de repartir la medicación con los carros de reparto por las distintas zonas del hospital.

Es muy importante que dentro de la farmacia hospitalaria, al trabajar diferentes categorías, para que el trabajo en equipo funcione, cada uno tiene que tener claro cuáles son sus funciones.

6 Bibliografía

1. <https://drive.google.com/file/d/1uLfkaPDL>.
2. <https://farmaciamarcos.es/profesion-2/farmacia-hospitalaria>.
3. <https://www.kapitalinteligente.es/que-es-la-farmacia-hospitalaria>.
4. <https://www.asefarma.com/blog-farmacia/que-es-una-farmacia-hospitalaria>.

Capítulo 330

PLAN DE TRAZABILIDAD EN LA COCINA HOSPITALARIA

FRANCISCO JOSE VAZQUEZ CARREÑO

1 Introducción

Se conoce como plan de trazabilidad dentro de la cocina de un hospital, un plan que pretende tener una seguridad de todos los alimentos dentro de la cocina, establece que en todas las etapas de la producción, transformación y distribución deberá poder seguirse el rastro de los alimentos y de cualquier sustancia destinada a ser incorporada en un alimento. Hay varios tipos de trazabilidad, como es hacia atrás, en este proceso, se registran los proveedores, relacionados con cada materia prima que suministran, así como guardando albaranes y facturas. Este recuento será realizado por el encargado de la recepción de las materias primas a su llegada al centro sanitario. Interna, en este caso se confeccionan unas fichas de producción, en las que se detalla para cada comida que ingredientes deben de ser utilizados, los cocineros, deben de prestar atención a estas fichas y respetar en cada menú dichas cantidades y exclusivamente los ingredientes que aparecen en la ficha. Hacia delante, las comidas elaboradas se agrupan de acuerdo con la fecha de elaboración, se registran y se etiquetan para poder identificar los lotes de comida implicados en caso de sospecha de algún problema, y de este modo poder conocer su destino y proceder a retirarla.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo han sido dar información de la importancia que tiene tener un plan de trazabilidad de los alimentos dentro de la cocina hospitalaria.

3 Metodología

Se ha procedido a realizar una búsqueda en la base de datos de dialnet, encontrándose unos 8 artículos que han sido revisados por su interés, también se han consultados diferentes libros relacionados con el tema , así como alguna página web, con todo ello se ha elaborado este trabajo.

4 Resultados

La trazabilidad dentro de la cocina hospitalaria, se comprobará diariamente para poder confirmar que su funcionamiento es correcto, En todas las cocinas de centros sanitarios deben disponer de una trazabilidad completa, del proveedor al paciente y del paciente al proveedor, que los registros de datos se realicen desde cualquier dispositivo que este destinado para ello y se consiga de una manera rápida. Con la información de la entrada y una buena trazabilidad se puede saber que pacientes han comido un ingrediente en todo el hospital, o con el numero de historia del paciente se puede saber dieta, platos, lotes, fecha de entrada, cámara donde se ha almacenado, transporte... Todos los alimentos que se reciben vienen identificados con etiquetas sobre los envases. En la cocina, se lleva el registro, de la entrega de todas las materias primas desde el almacén para su preparación. El servicio de dietética, identifica a diario el numero de platos a preparar incluyendo también el tipo de dieta que lleva cada menú. En la cabecera del emplatado se identifican las bandejas con las etiquetas con la identificación de cada paciente, en esta identificación esta el numero de cama, nombre del paciente, tipo de dieta y también aparece la fecha. Los carros en los que van las bandejas son identificados por etiquetas de las bandejas que contienen y a la planta a la que se dirigen. Cuando se envían los carros de comida a las plantas se suele enviar lo que se llama un pedido extra que consta de agua, zumos, yogures, galletas, en todos se debe registrar la fecha de caducidad y debe quedar registrado en cocina el numero de cada producto extra. Es muy importante informar al personal de que se debe registrar correctamente todos los datos de manera evidente de cada producto manipulado.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este trabajo, diremos que el plan de trazabilidad de los alimentos dentro de la cocina de un hospital, es muy importante porque gracias a él , se puede hacer un correcto seguimiento de todos y cada uno de los mínimos

ingredientes utilizados para elaborar los distintos menús, y así en el caso de tener algún problema poder retirar rápidamente los alimentos afectados y subsanar el problema con la mayor rapidez posible. Todos los trabajadores de la cocina, independiente de su categoría, deben de conocer la manera de trabajar con el plan de trazabilidad, ya que esté da mucha seguridad alimentaria.

6 Bibliografía

- 1-Aenor, cesión de sus instalaciones para trabajar sobre normativa para el funcionamiento de colectividades.
- 2-Armendariz Sanz IL procesos de cocina. Hostelería y turismo España : ed thomson paraninfo,2005.
- 3-Balnearius termaeuropa s.a cesión de los planes de autocontrol en colectividades.

Capítulo 331

LOS RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL AMBITO DEL CELADOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

OSCAR BERMEJO GUIJARRO

PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES

1 Introducción

Podemos definir la ergonomía como la ciencia que se encarga de estudiar la adaptación del trabajo al ser humano. El principal objetivo de la ergonomía es adaptar el puesto de trabajo a la persona con el fin de reducir los efectos negativos sobre la salud del trabajador, por lo que se puede decir que esta ciencia se encarga del confort posicional del trabajador.

Todos los elementos de trabajo ergonómicos se diseñan teniendo en cuenta quiénes van a utilizarlos.

El celador, debido al trabajo que desempeña en su día a día, es muy propenso a sufrir varios tipos de lesiones que están relacionadas con la ergonomía.

Dependiendo del campo de actuación, podemos clasificar la ergonomía en varios tipos:

- Ergonomía geométrica: podemos decir que es la encargada de estudiar las relaciones existentes entre el ser humano y las condiciones que tiene en su puesto de trabajo para que exista una buena comodidad y confort.
- Ergonomía ambiental: esta es la que se encarga del estudio entre el trabajador profesional y las condiciones medioambientales para que el trabajador tenga un

bienestar óptimo. Aquí influye la temperatura ambiental, la humedad existente, los ruidos, la luz, etc.

- Ergonomía temporal: es la que se encarga de estudiar la relación existente entre la fatiga que se produce debido al trabajo y el tiempo de descanso. Es muy importante que exista una buena distribución de las horas laborables semanales con sus descansos correspondientes para evitar así la fatiga.

El método más adecuado para evitar la aparición de lesiones en cuanto a la ergonomía, es la prevención. Estas medidas preventivas tienen que ser tenidas en cuentas tanto por el trabajador, en este caso el celador, como la institución o el centro sanitario donde desempeña su trabajo y puedan producirse estos riesgos ergonómicos anteriormente mencionados.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influyen los distintos tipos de riesgos ergonómicos en el celado

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

☒ Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales para el estudio de los diferentes tipos de riesgos ergonómicos en el celador.

☒ Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de los tipos de riesgos ergonómicos producidos en el celador.

☒ Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto los distintos tipos de riesgos ergonómicos del celador.

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. Palabras clave: celador, ergonomía, trabajador, prevención.

4 Resultados

El papel de un celador en un centro sanitario es muy importante debido a que es el encargado de la movilización de los pacientes.

Las tareas que resultan más perjudiciales para la salud de los celadores son las que podemos relacionar con la movilidad de los pacientes y también con la manipulación de cargas.

Cualquier celador en su puesto de trabajo está expuesto a sufrir diferentes tipos de lesiones derivadas de su desempeño laboral.

En relación con los pacientes, el trabajo que desempeña el celador que puede ser susceptible de sufrir una lesión que afecte a su ergonomía podemos citar el traslado de pacientes por el centro sanitario ya sea por ejemplo desde urgencias hasta la planta, desde la zona de admisiones a su unidad hospitalaria, por el interior del centro sanitario para la realización de diferentes pruebas, etc. El transporte del paciente se puede realizar por medio de sillas de ruedas, en una cama o en camillas.

Además de lo anteriormente mencionado, la ergonomía del celador también se ve afectada debido a la movilización del paciente como por ejemplo cambiarles de posición, el aseo, levantar o sentar al paciente. en el quirófano puede darse el caso sobre todo en unidades de psiquiatría que tenga que realizar la sujeción del paciente.

También es de importante mención otro motivo que se incluye dentro de las funciones de celador y que también puede provocar lesiones lumbares en el celador y es el traslado de mobiliario.

Según tres estudios realizados, recogen las funciones que resultan más perjudiciales para el celador y que serian el aseo del paciente, traslado del paciente al wc y traslado del paciente de la silla de ruedas a la ducha.

Es importante establecer unas medidas de prevención que ayuden a reducir las lesiones dorso/lumbares. Estas medidas las podemos clasificar en intrínsecas, que son las que puede aplicar el trabajador y aplicar por sí mismo, y las extrínsecas, que son las que requieren de una formación que no depende del trabajador, sino del centro sanitario aunque sea el propio trabajador el que tiene que ponerlas en funcionamiento.

5 Discusión-Conclusión

Después de haber analizado toda la información consultada, se ha podido concluir que los riesgos de lesiones que sufren los celadores en su ámbito laboral

debido a la manipulación de objetos o cargas o a la movilidad de pacientes, se ve aumentado cuando dichos trabajadores no tienen una información y una formación adecuada y previa a la realización de dichas tareas.

A raíz de tantas lesiones y bajas en el ámbito laboral del celador relacionadas con la ergonomía, nace la necesidad de crear una formación sobre la ergonomía y gracias a su aplicación e información a los trabajadores sobre como tienen que realizar la manipulación de cargas y movilidad de pacientes y las consecuencias negativas que supondría para la salud el no aplicarlas adecuadamente, influyo positivamente sobre la salud de los trabajadores en el ámbito laboral disminuyendo así la cantidad de personal laboral lesionado. Con esto también se consigue que haya una reducción notable en cuanto al número de bajas laborales producidas por los riesgos económicos y también del gasto económico que supondría a las instituciones al tener que contratar nuevo personal.

Con la correcta aplicación de todas las medidas en cuanto a la ergonomía también conseguimos un ambiente de trabajo más cómodo y una calidad de vida mejor para el trabajador.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/ergonomia-celador/>

http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_celadores.htm